



Asociación Española

GUIA DE PRÁCTICA CLINICA LA HTA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

1.- Definición y clasificación de la HTA:

La Presión Arterial es un factor de riesgo cardiovascular continuo, o sea que en la población hay una relación directa entre cifras tensionales y riesgo de eventos cardiovasculares. La definición de Hipertensión Arterial a partir de determinadas cifras es ciertamente arbitrario y se refiere al nivel a partir del cual el tratamiento tiene una relación costo/beneficio favorable para el paciente. Para definir esto en cada individuo deben considerarse otros factores de riesgo, además de las cifras tensionales, en lo que constituye el riesgo cardiovascular global.

Clasificación de la HTA

Clasificación P.A.	Presión sistólica	Presión diastólica
Optima	< 120	< 70
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
HTA grado uno	140-159	90-99
HTA grado dos	160-179	100-109
HTA grado tres	> 180	> 110

Tabla 1

La clasificación de HTA que adoptamos es la de la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial y, en términos generales, este documento se basa en esa pauta y en la guía NICE del Royal College of Physicians del Reino Unido.

2.- Riesgo cardiovascular global

1.- El objetivo del manejo de la HTA es disminuir el daño orgánico que ocasiona la misma, para obtener una disminución en la morbi-mortalidad cardiovascular y renal.

2.- Para ello se debe manejar la HTA en conjunto con el abordaje y tratamiento del riesgo cardiovascular global, definido por múltiples factores. Muchas decisiones respecto a las estrategias de tratamiento (inicio de medicamentos, niveles de PA a obtener, uso de combinaciones y necesidad de tratamientos asociados) dependen del nivel de riesgo global.

3.- El riesgo cardiovascular global debe ser calculado en cada persona. Los portadores de enfermedad cardiovascular o diabetes tienen por definición un riesgo alto o muy alto de nuevos eventos. En el resto de la población existen varios métodos bien validados para estimar riesgo, que permiten determinar con precisión la probabilidad de eventos cardiovasculares a 10 años. A efectos prácticos recomendamos las tablas disponibles en la reciente Guía de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Uruguaya de Cardiología (basada en el Score de Riesgo de Framingham), que ha sido avalada por el MSP.

3.- Diagnóstico de HTA

El diagnóstico de HTA en la población general requiere al menos 3 tomas, separadas por varios días entre si (preferiblemente más de dos semanas), con cifras de PAS ≥ 140 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg. No deben considerarse valores obtenidos en situaciones de dolor agudo o gran ansiedad.

Recomendaciones para la medición de la PA:

- La PA debe ser registrada en todas las consultas de asistencia primaria.
- Utilizar un aparato calibrado periódicamente y usando un manguito de tamaño apropiado, en un ambiente cálido y silencioso con el paciente sentado cómodamente y sin hablar.
- Poner el estetoscopio fuera del manguito y bajar lentamente la columna de mercurio.
- Considerar a la diastólica cuando desaparecen los ruidos cardíacos (Fase V).
- Tomar la menor de 2 medidas y medir otra vez si hay >5 mmHg de variación entre medidas.
- Medirla de pie si sospecha hipotensión postural, sobre todo en pacientes diabéticos y añosos.

Indicaciones de Monitoreo Ambulatorio (MAPA) en la evaluación inicial:

- Marcada variabilidad de las cifras en consultorio.
- Cifras elevadas en consultorio en pacientes con bajo riesgo CV global.
- Marcada discrepancia entre los valores de PA en consultorio y en casa.
- Evidencia de daño de órgano blanco en pacientes con PA normal en consultorio.
- Embarazadas con cifras border-line.

Debe tenerse presente que los valores normales de MAPA son menores que para la PA registrada en consultorio. El promedio para 24 horas debe ser menor de 125-130/80, mientras que el promedio diurno debe ser menor de 130-135/85.

Historia Clínica y Examen Físico

La historia debe consignar:

- Niveles previos de PA y duración de la HTA.
- Elementos que sugieran HTA secundaria. Comienzo antes de los 20 años, ausencia de antecedentes familiares, daño de órgano blanco precoz, refractariedad al tratamiento (3 drogas a dosis apropiadas), falla renal, asimetría de pulsos, apnea obstructiva del sueño.
- Otros factores de riesgo vascular.
- Síntomas de daño de órgano blanco.
- Tratamiento anti hipertensivo previo (eficacia, efectos adversos)
- Antecedentes familiares, personales y del ambiente.

En el examen físico merecen destaque

- Índice de Masa Corporal y evidencia de obesidad visceral.
- Signos que sugieran hipertensión secundaria.
- Signos de daño orgánico.

Exámenes paraclínicos obligatorios

Glicemia.

Lipidograma.

Potasio sérico

Acido úrico

Creatinina

Ionograma

Hemograma

Examen de orina.

Electrocardiograma

El fondo de ojo no es un test obligatorio, siendo su mayor utilidad en los pacientes con HTA severa o sospecha de HTA acelerada.

Otros exámenes

Con frecuencia será necesario realizar otros exámenes de diferente complejidad, que están en el terreno del especialista y que, según el caso, requerirán la oportuna consulta o derivación. Estos exámenes estarán destinados fundamentalmente a:

- a.- Investigar una causa de Hipertensión Arterial secundaria, solamente cuando la presentación clínica y/o las investigaciones básicas lo sugieran.
- b.- Investigar el daño orgánico ocasionado por la HTA y otros factores de riesgo asociados, a nivel cardíaco, de vasos sanguíneos, riñón, ojos y cerebro.

4.- Tratamiento

Objetivos del tratamiento anti hipertensivo.

Como ya fue dicho el objetivo del tratamiento es conseguir la máxima disminución de la morbi-mortalidad cardiovascular y para ello es necesario tratar tanto la HTA per se, como otros factores de riesgo reversibles.

La PA debe ser reducida por debajo de 140/90, y a valores mas bajos si es tolerado, en todos los pacientes hipertensos.

En pacientes con diabetes, accidente cerebro-vascular previo, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y disfunción renal, el objetivo es obtener cifras menores de 130/80.

Modificaciones del estilo de vida

Deben instituirse modificaciones del estilo de vida en todos los pacientes hipertensos independientemente de que requieran tratamiento con drogas. También se recomiendan estas medidas en los pacientes con presión arterial normal alta asociada a otros factores de riesgo.

La recomendación de cesación de tabaco es necesaria en todos los casos, con la derivación a la policlínica de tabaquismo siempre que sea posible.

En la tabla 2 se resumen las modificaciones recomendadas que tienen impacto demostrado en las cifras de PA., indicando el impacto esperable. Estas modificaciones no deben limitarse a una indicación verbal, sino que son parte del tratamiento y deben ser guiadas y supervisadas por los técnicos correspondientes.

Modificaciones del estilo de vida en el manejo de la HTA

Modificación	Recomendación	Reducción PA sistólica
Reducción de peso	Mantener peso corporal normal IMC entre 18,5 y 24,9 Kg/m ²	5-20 mm Hg/10 kgs de peso disminuído
Dieta DASH	Rica en frutas y vegetales. Baja en grasas totales y saturadas	8 a 14 mm Hg
Restricción de sodio	Reducir consumo diario a menos de 2,4 gr de Na o 6 gr de NaCl	2 a 8 mm Hg
Actividad física	Ejercicio físico aeróbico mas de 30 minutos 4 días/sem	4 a 9 mm Hg
Moderar alcohol	No mas de dos copas/día en hombres o una en mujeres (30 ml de etanol)	2 a 4 mm Hg

Tabla 2

Comienzo del tratamiento con drogas.

La decisión de comenzar el tratamiento depende de dos elementos.

- 1.- El nivel de las cifras de presión sistólica y diastólica.
- 2.- El riesgo cardiovascular global.

- El tratamiento con drogas debe ser iniciado de inmediato en todos los pacientes con hipertensión grado 3 (cifras de 180/110 o superiores) y en los pacientes con HTA grados 1 y 2, cuando el riesgo cardiovascular global es alto o muy alto.

- En la HTA grados 1 y 2 con riesgo cardiovascular global moderado, el inicio de medicación puede ser diferido algunas semanas y en la HTA grado 1 sin otros factores de riesgo puede diferirse algunos meses, en tanto se observa el efecto de cambios en el estilo de vida

- En los pacientes con PA inicial en rango normal alto, la decisión de comenzar el tratamiento con drogas depende fundamentalmente del riesgo cardiovascular global. En los casos de diabetes, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o enfermedad vascular periférica, la recomendación de tratamiento está justificada. El resto de los pacientes con PA normal alta y riesgo CV calculado alto deben ser seguidos muy de cerca y tratados cuando sea necesario.

Elección de fármacos antihipertensivos

- Cinco clases de medicamentos han demostrado beneficios de largo plazo en el tratamiento de la HTA. Calcio-antagonistas (Ca-ant), Diuréticos tiazídicos (diuréticos), Betabloqueantes (Bbloq), Inhibidores de Enzima Convertora de Angiotensina (IECA) y Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II (ARA II).

- Los beneficios del tratamiento dependen esencialmente de la eficacia del mismo para disminuir la PA hasta los niveles necesarios. Si bien algunas drogas pueden tener beneficios que no dependen de la PA (efectos metabólicos, protección de órgano blanco), estos son siempre de menor magnitud que los obtenidos por la disminución de la PA per se.

- Deben preferirse drogas de vida media prolongada, que ejercen su efecto las 24 horas con una sola toma diaria, pues ello favorece el cumplimiento de las indicaciones.

- En estudios recientes el Atenolol ha mostrado menor beneficio que otros fármacos en disminución de eventos y, particularmente cuando se asocia a diuréticos, una mayor incidencia de nuevos casos de diabetes. Por este motivo los Betabloqueantes no se recomiendan como primera elección, salvo en pacientes que deben recibirlos obligatoriamente por otra causa (enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, trastornos del ritmo, actividad simpática aumentada).

- Debe recordarse que los IECA y ARA II tienen una contraindicación absoluta durante el embarazo.

- La existencia de ciertas condiciones, eventos clínicos previos o daño de órgano blanco, determinan la preferencia por un grupo de drogas que haya demostrado particular beneficio en esas situaciones, tanto para comenzar el tratamiento o como parte de una combinación. En las tablas 3 y 4 se realiza un listado para la elección de drogas en diferentes situaciones clínicas.

Elección de drogas según situación clínica I.

Daño de órgano blanco	Droga
Hipertrofia ventricular izq.	IECA. ARA II. Ca Ant.
Aterosclerosis asintomatica	Ca Ant. IECA.
Microalbuminuria	IECA. ARA II.
Daño renal	IECA. ARA II.
Condición clínica	Droga
HTA sistólica aislada	Diurético. Ca Ant.
Síndrome metabólico	IECA. ARA II. Ca Ant.
Diabetes	IECA. ARA II.
Embarazo	Ca Ant. Metildopa. BBloq.
Raza negra	Diuréticos. Ca Ant.

Tabla 3

Elección de drogas según situación clínica II.

Evento Clínico	Droga
AVE previo.	Cualquier droga anti HTA
IAM previo	BBloq. IECA. ARA II.
Angina	BBloq. Ca Ant.
Fibrilación Auricular Recurrente	IECA. ARA II.
Fibrilación Auricular Crónica	BBloq. Ca Ant (no Hp).
Insuficiencia Cardíaca	Diurético. BBloq. IECA. ARA II.
Insuficiencia renal/Proteinuria	IECA. ARA II. Diurético asa.
Enfermedad vascular periférica	Ca Ant.

Tabla 4

Combinación de drogas

- La mayoría de los pacientes necesitan más de una droga para conseguir los objetivos del tratamiento y, en los casos más complejos, con frecuencia tres o más.

- El tratamiento inicial puede utilizar una droga unica o una combinacion de dos drogas en dosis bajas. Luego puede incrementarse las dosis o agregar nuevas drogas.
- En los pacientes con hipertension grado I puede comenzarse con una droga única, mientras que en los que se presentan con grados II y III, o tienen alto riesgo CV global, es razonable comenzar con una combinación.
- Las combinaciones fijas en la misma pastilla favorecen la adhesión al tratamiento y son una alternativa válida.
- En pacientes no complicados y en ancianos, el tratamiento debe iniciarse gradualmente para minimizar efectos adversos. En los pacientes de mayor riesgo los objetivos deben alcanzarse mas rapidamente, obligando a un seguimiento mas estrecho.

5.- Algoritmo de tratamiento

Se propone un esquema inicial de tratamiento para aquellos pacientes que no tienen una condición clínica que obligue a la indicación de una droga específica o la contraindique.

Primer paso: En menores de 55 años se propone comenzar con un IECA o un ARA II. En mayores de 55 años o pacientes de raza negra de cualquier edad, se propone comenzar con un diurético tiazídico o un Calcio-antagonista de acción prolongada.

Segundo paso: En los pacientes que no han conseguido control en el primer paso se proponen dos combinaciones posibles: 1.- IECA o ARA II con diurético o 2.- Calcio-antagonista con IECA o ARA II.

Tercer paso: En quienes no consiguen control con el segundo paso se propone una combinación de las tres drogas, IECA o ARA II, Calcio-antagonista y diurético.

Cuarto paso: Consulta especializada. Otras asociaciones. Dosis mayores de diurético o asociación con Espironolactona. Alfa-bloqueantes. Betabloqueantes.

Tratamiento inicial de la HTA en asistencia primaria

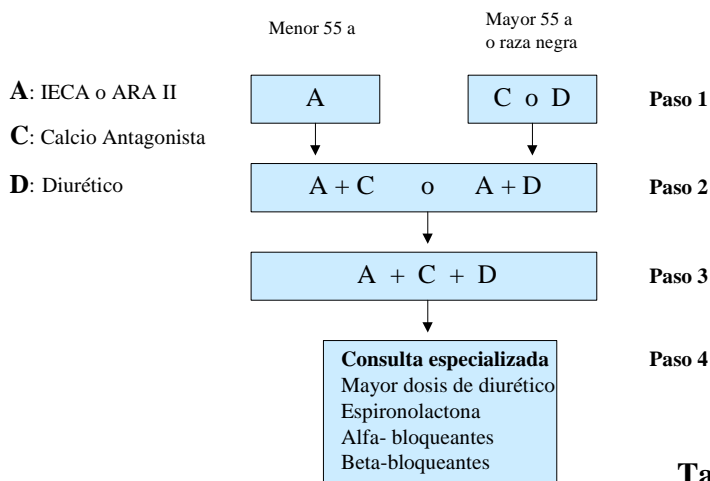


Tabla 5

6.- Seguimiento de los pacientes:

- Al inicio del tratamiento serán necesarias visitas frecuentes hasta titular las dosis de fármacos y ajustar otros aspectos del tratamiento. Luego de este período las visitas serán mas espaciadas, considerando apropiado una consulta semestral en los pacientes de riesgo bajo que tengan cifras estables.
- En pacientes mayores de 50 años la presión sistólica es la que tiene mejor correlación con el pronóstico y su control será el principal objetivo en el seguimiento.
- Se estimulará el autocontrol domiciliario de la PA con equipos apropiados, lo que mejora el nivel de control de las cifras y facilita alcanzar los objetivos. Son preferibles los equipos automáticos o semi-automáticos, de marca validada, que registran en brazo. Los equipos que toman en antebrazo son menos seguros, aunque pueden ser preferibles en personas muy obesas. No deben utilizarse equipos que registran en dedo.
- Los autoregistros domiciliarios tienen valores de normalidad mas bajos que en el consultorio, por lo que al igual que en el MAPA, el umbral de normalidad en registros diurnos debe ser 125-130/85.
- Las consultas de seguimiento estarán destinadas a controlar y tratar los factores de riesgo reversibles asociados y detectar la aparición de daño sobre organos blanco. El tratamiento de los trastornos de los lípidos con Estatinas ha demostrado una potenciación muy favorable con el tratamiento anti-hipertensivo, en la disminución de eventos cardiovasculares.

Mayo de 2008

Esta guía fue elaborada por el Servicio de Cardiología de la Asociación Española. Dr. Horacio Vázquez, en colaboración con Dres. Edgardo Sandoya y Carlos Schettini.

Fuentes principales:

- 1- Mancia G, De Baker G, Dominczack A, et al. The task force for the management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2007;289:1105
- 2.- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003;289:2560-72
- 3.- National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care: partial update. London: Royal College of Physicians, 2006.
- 4.- Sociedad Uruguaya de Cardiología. Guía de Prevención Cardiovascular 2008. Disponible en www.suc.org.uy