

Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial

Resumen de recomendaciones



Osakidetza
Servicio vasco de salud



OSATZEN
Sociedad Vasca de Medicina
de Familia y Comunitaria



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE HIPERTENSO

B Se recomienda el cribado de la HTA a través de la toma periódica de la PA mediante la estrategia oportunista en consulta.

D Se recomienda la toma de la PA al menos una vez antes de los 14 años de edad, cada 4 ó 5 años entre 14 y 40 años, y cada 2 años a partir de los 40 años, aprovechando las visitas ocasionales.

✓ Es preferible que las determinaciones de la PA en los centros de salud sean realizadas por el personal de enfermería.

B El punto de corte actual para definir la HTA se sitúa en 140 mmHg para la PAS y 90 mmHg para la PAD.

C La elevación de la PA por encima de PAS 139 mmHg o de PAD 89 mmHg se debe confirmar realizando dos determinaciones en cada visita en al menos dos consultas más con un intervalo semanal. En los pacientes clasificados como estadio 1 se deben realizar, además de lo anterior, al menos dos consultas adicionales en las 4 semanas posteriores.

B El control de las cifras de PA es prioritario en pacientes con enfermedad cardiovascular.

D Para determinar si un hipertenso es de alto riesgo se propone el método cuantitativo de Anderson.

D Se considera que un paciente es de alto riesgo cuando su riesgo cardiovascular a 10 años es igual o superior al 20 %.

D Debe considerarse el tratamiento farmacológico de los hipertensos que superen un riesgo cardiovascular del 20 % a 10 años si no es posible controlar su PA con medidas higiénico-dietéticas.

D La MAPA y AMPA deben realizarse con instrumentos validados según las normas internacionales de la AAMI y BHS.

B Las cifras de PA medida mediante AMPA que definen a un paciente como hipertenso son PAS \geq 135 mmHg y PAD \geq 85 mmHg.

B Las cifras de PA media **de 24 h** medida mediante MAPA que definen a un paciente como hipertenso son PAS \geq 135 mmHg y PAD \geq 80 mmHg.

D Las cifras de PA media **diurna** medida mediante MAPA que definen a un paciente como hipertenso son PAS $>$ 135 mmHg y PAD $>$ 85 mmHg.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE HIPERTENSO

- B** Se recomienda el cribado de la HTA a través de la toma periódica de la PA mediante la estrategia oportunista en consulta.
- D** Se recomienda la toma de la PA al menos una vez antes de los 14 años de edad, cada 4 ó 5 años entre 14 y 40 años, y cada 2 años a partir de los 40 años, aprovechando las visitas ocasionales.
- ✓ Es preferible que las determinaciones de la PA en los centros de salud sean realizadas por el personal de enfermería.
- B** El punto de corte actual para definir la HTA se sitúa en 140 mmHg para la PAS y 90 mmHg para la PAD.
- C** La elevación de la PA por encima de PAS 139 mmHg o de PAD 89 mmHg se debe confirmar realizando dos determinaciones en cada visita en al menos dos consultas más con un intervalo semanal. En los pacientes clasificados como estadio 1 se deben realizar, además de lo anterior, al menos dos consultas adicionales en las 4 semanas posteriores.
- B** El control de las cifras de PA es prioritario en pacientes con enfermedad cardiovascular.
- D** Para determinar el riesgo coronario de los pacientes hipertensos se propone la ecuación de Framingham calibrada a la población española.
- D** Se considera que un paciente es de alto riesgo cuando su riesgo cardiovascular a 10 años es igual o superior al 20 %.
- D** Debe considerarse el tratamiento farmacológico de los hipertensos que superen un riesgo cardiovascular del 20 % a 10 años si no es posible controlar su PA con medidas higiénico-dietéticas.
- D** La MAPA y AMPA deben realizarse con instrumentos validados según las normas internacionales de la AAMI y BHS.
- B** Las cifras media de PA mediante AMPA que definen a un paciente como hipertenso son PAS \geq 135 mmHg y PAD \geq 85 mmHg.
- B** Las cifras media de PA **de 24 h** medida mediante MAPA que definen a un paciente como hipertenso son PAS \geq 135 mmHg y PAD \geq 80 mmHg.
- D** Las cifras media de PA **diurna** medida mediante MAPA que definen a un paciente como hipertenso son PAS $>$ 135 mmHg y PAD $>$ 85 mmHg.
- D** Las cifras media de PA **nocturna** medida mediante MAPA que definen a un paciente como hipertenso son PAS $>$ 120 mmHg y PAD $>$ 75 mmHg.
- B** El diagnóstico de un paciente como hipertenso de bata blanca mediante AMPA requiere su confirmación mediante MAPA.
- D** El seguimiento de la HBB debe incluir medidas no farmacológicas y monitorización del riesgo cardiovascular y de lesión en órganos diana.

D Las cifras de PA media **nocturna** medida mediante MAPA que definen a un paciente como hipertenso son PAS > 120 mmHg y PAD > 75 mmHg.

B El diagnóstico de un paciente como hipertenso de bata blanca mediante AMPA requiere su confirmación mediante MAPA.

D El seguimiento de la HBB debe incluir medidas no farmacológicas y monitorización del riesgo cardiovascular y de lesión en órganos diana.

B Los pacientes con HTA clínica aislada deben ser controlados mediante tomas de PA en consulta y MAPA, si es necesario, para identificar su posible evolución a HTA mantenida.

D El estudio inicial propuesto para el paciente hipertenso consta de exploración física cardiovascular, analítica (hemograma, glucemia, creatinina, sodio, potasio, ácido úrico, colesterol, TGC, HDL, LDL, y sedimento urinario).

Propuesta de seguimiento

D El paciente hipertenso con cifras adecuadas de PA debe ser seguido en las consultas de enfermería en atención primaria con una periodicidad semestral en los pacientes con riesgo cardiovascular bajo y trimestral en el resto siendo conveniente que sea valorado una vez al año en consulta médica.

Cumplimiento terapéutico

A El tratamiento farmacológico antihipertensivo tiene que dosificarse siempre que sea posible en una única dosis diaria.

B Los profesionales sanitarios que tratan a los pacientes hipertensos deben utilizar diferentes estrategias simultáneamente para mejorar el cumplimiento terapéutico farmacológico.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Medidas higiénico-dietéticas

A Los pacientes con HTA esencial deben recibir consejo profesional para disminuir el contenido de sodio en la dieta; este consejo debe mantenerse incluso en aquellos pacientes que siguen una dieta cardiosaludable.

✓ La intervención ha de ser individualizada en función de la aceptabilidad y de la magnitud del efecto observado.

A Los pacientes hipertensos deben recibir consejos a través de intervenciones estructuradas sobre la práctica de ejercicio físico de **tipo aeróbico** adaptado a sus características. El ejercicio debe incluir al menos tres sesiones semanales de 45-60 minutos de duración.

A Los hipertensos bebedores deben recibir consejo para reducir el consumo de alcohol. El objetivo es reducir en al menos un 60% la ingesta de alcohol.

A El control del estrés no se recomienda como medida general en nuestro medio para el tratamiento de la HTA.

A Los pacientes con HTA esencial, incluidos los que toman medicación, deben recibir consejo profesional para disminuir el peso.

A Se debe recomendar una dieta rica en frutas y verduras con alto contenido en potasio en todos los pacientes con hipertensión. Los suplementos de potasio, tras una valoración individualizada, pueden recomendarse a algunos pacientes.

A No deberían recomendarse los suplementos de calcio a los pacientes hipertensos de forma generalizada.

Tratamiento farmacológico en pacientes sin enfermedad asociada

B Como objetivo de tratamiento se recomiendan cifras de PAS \leq 140 mmHg y PAD \leq 90 mmHg.

A En el tratamiento de la HTA no complicada, los diuréticos tiazídicos a dosis bajas son fármacos de primera elección, tanto en hipertensos jóvenes como en los de edad avanzada y en la HTA sistólica aislada. Son también de elección en el tratamiento inicial de la HTA en estadios 1 y 2 asociada a un factor de riesgo adicional.

A Los betabloqueantes son fármacos de primera elección en hipertensos jóvenes con HTA no complicada. En el hipertenso anciano, los betabloqueantes pueden utilizarse como fármacos alternativos o asociados a otros tratamientos.

A Los IECA pueden utilizarse como fármacos alternativos en el tratamiento inicial de la HTA, en ausencia de estenosis de la arteria renal.

B Nitrendipino constituye una alternativa eficaz a los diuréticos tiazídicos en el tratamiento de la HTA sistólica aislada en el anciano.

A Los antagonistas del calcio presentan un perfil más desfavorable en la prevención de morbilidad cardiovascular en comparación con los diuréticos, betabloqueantes o IECA, por lo que en hipertensos sin enfermedades asociadas sólo se recomiendan en caso de intolerancia a los tres grupos anteriores o en asociación.

A Los alfabloqueantes no se recomiendan como tratamiento de primera elección en monoterapia.

B El uso de alfabloqueantes en asociación debe reservarse para los casos en que han fracasado las demás combinaciones de fármacos.

A Es preferible la utilización de losartan a atenolol en el tratamiento de los hipertensos de alto riesgo cardiovascular con HVI.

A La frecuencia de abandono del tratamiento por efectos adversos varía según la clase de fármaco, lo que debe considerarse a la hora de elegir el tratamiento; en general, los antagonistas del calcio y los alfbloqueantes son los fármacos peor tolerados.

Tratamiento farmacológico en situaciones especiales

Nefropatía no diabética

B En la nefropatía no diabética con proteinuria mayor de 1 g/día se debe reducir la PA por debajo de 125/75 mmHg (equivalente aproximadamente a una PA media de 92 mmHg).

B En nefropatía no diabética con proteinuria entre 0,25-1 g/día se debe reducir la PA por debajo de 130/85 mmHg (equivalente aproximadamente a una PA media de 98 mmHg).

B Si la proteinuria es < 0,25 g/día se deben seguir las recomendaciones generales.

A El tratamiento inicial de los pacientes hipertensos con nefropatía no diabética debe ser un IECA.

✓ En pacientes hipertensos con nefropatía no diabética el tratamiento inicial debe ser un IECA siempre que no exista estenosis bilateral de las arterias renales o unilateral en riñón único.

Diabetes

A Los pacientes con HTA esencial y DM tipo 2 sin nefropatía deben recibir tratamiento para bajar su PA hasta conseguir una PAD \leq 80 mmHg.

D Los pacientes con HTA esencial y DM tipo 2 sin nefropatía deben recibir tratamiento para bajar su PA hasta conseguir una PAS \leq 130 mmHg.

D En pacientes con DM y nefropatía, si la proteinuria es mayor de 1 g/día, se debe disminuir la PA por debajo de 125/75 mmHg.

✓ En pacientes con HTA esencial y DM tipo 2 habitualmente es necesario el tratamiento con dos o más fármacos para llegar a cifras objetivo.

B Los pacientes hipertensos con DM 2 deben ser tratados inicialmente con tiazidas a dosis bajas, IECA, betabloqueantes o antagonistas del calcio, posiblemente en este orden de preferencia, aunque faltan evidencias definitivas que determinen cuál debe ser el tratamiento de elección.

A Debe considerarse añadir un IECA (ramipril) al tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 55 años con HTA.

A En pacientes hipertensos con DM 2 mayores de 55 años y con HVI (en ECG) debe considerarse un ARA-II como tratamiento antihipertensivo de inicio (losartan).

B Los pacientes ancianos diabéticos con HTA sistólica aislada deben ser tratados preferiblemente con diuréticos a dosis bajas o con dihidropiridinas de acción prolongada (nitrendipino).

A Los pacientes hipertensos con DM y nefropatía deben ser tratados con un ARA-II (irbesartan, losartan) o un IECA.

B En los pacientes con microalbuminuria se pueden utilizar los IECA como fármacos de primera elección y en los pacientes con proteinuria franca, los ARA-II.

✓ IECA/ARA-II: en caso de intolerancia a una de las dos clases de fármacos debe usarse, como alternativa, la otra clase.

Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)

A Se debe tratar con un IECA a todos los pacientes con ICC, con independencia de su etiología o clase funcional, siempre que no presenten contraindicaciones y toleren su uso. En pacientes que no los toleren utilizar un ARA-II.

A Se recomienda tratar con betabloqueantes a todos los pacientes con ICC con clase funcional II-IV en fase estable y con tratamiento previo estándar (IECA, diuréticos y/o digital).

✓ En pacientes con ICC la titulación de la dosis de betabloqueante debe hacerse de forma lenta y semanalmente para mejorar la tolerancia.

A En pacientes con ICC no deben utilizarse dihidropiridinas como parte del tratamiento estándar.

✓ Sólo deben utilizarse dihidropiridinas de acción prolongada (amlodipino, felodipino) si se necesitan fármacos adicionales para controlar la PA o como antianginosos.

Cardiopatía isquémica

B Los betabloqueantes y antagonistas del calcio, por este orden, son los fármacos de elección en el tratamiento de la HTA en pacientes hipertensos con angina estable.

B No debe utilizarse nifedipino de liberación inmediata en pacientes con angina.

A En todos los pacientes con cardiopatía isquémica e hipertensión arterial debe considerarse añadir al tratamiento un IECA.

A Los betabloqueantes son los fármacos de elección en el tratamiento de los pacientes hipertensos con historia de IAM.

✓ En pacientes hipertensos con historia de IAM son preferibles los betabloqueantes sin ASI.

A En todos los pacientes con IAM previo con o sin disfunción sistólica del ventrículo izquierdo debe considerarse el uso de un IECA si no existe contraindicación o intolerancia a los mismos.

B Los antagonistas del calcio no deben formar parte del tratamiento de elección en pacientes hipertensos que han sufrido un IAM.

✓ En pacientes hipertensos con historia de IAM en caso de ser necesario, puede utilizarse verapamil y diltiazem si la función sistólica está conservada.

Accidente cerebrovascular agudo (ACV)

A Debe tratarse con antihipertensivos a todos los pacientes hipertensos que hayan sufrido un ACV.

A La combinación de un diurético y un IECA (indapamida con perindopril) es una opción adecuada de tratamiento en el hipertenso con ACV previo.

Asma y EPOC

A No deben utilizarse betabloqueantes no cardioselectivos en el tratamiento del paciente hipertenso con asma o EPOC.

B En caso de EPOC y asma en fase leve moderada en ausencia de reagudización pueden utilizarse con precaución betabloqueantes cardioselectivos sin ASI siempre que exista indicación firme de uso (cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca congestiva).

✓ En caso de EPOC y asma severa asociada a cardiopatía isquémica la necesidad de uso de betabloqueantes debe individualizarse valorando los beneficios y perjuicios de la medida.

Claudicación intermitente

B El tratamiento de la HTA en pacientes con claudicación intermitente debe seguir las recomendaciones generales. Los betabloqueantes cardioselectivos se pueden usar en los casos estables, en fase leve moderada siempre que exista indicación firme de uso.

NIVELES DE EVIDENCIA

1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1 -	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicables a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

ABREVIATURAS

ACV	Accidente cerebrovascular	HVI	Hipertrofia ventrículo izquierdo
AMPA	Automedida domiciliar de la presión arterial	IAM	Infarto agudo de miocardio
ARA-II	Antagonistas de los receptores de la angiotensina- II	ICC	Insuficiencia cardíaca congestiva
ASI	Actividad simpaticomimética intrínseca	IECA	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
DM	Diabetes mellitus	LDL	Lipoproteínas de baja densidad
ECG	Electrocardiograma	LOD	Lesión en órganos diana
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	MAPA	Monitorización ambulatoria de la presión arterial
HBB	Hipertensión de bata blanca o hipertensión clínica aislada	mmHg	Milímetros de mercurio
HDL	Lipoproteínas de alta densidad	PA	Presión arterial
HTA	Hipertensión arterial	PAS	Presión arterial sistólica
		PAD	Presión arterial diastólica
		TGC	Triglicéridos