

Puntos clave sobre HTA Para el médico de AP.

Dra. Ana Moyá, Dr. Adalberto Serrano, Dr. Juan A. División
GdT HTA y ECV SEMERGEN. Febrero 2023

INTRODUCCIÓN

La HTA es una enfermedad crónica generalmente controlable, pero no curable, que puede ser causa o/y consecuencia de otros procesos cardiovasculares o/y renales¹.

Puntos a considerar en AP:

- el 48% de la población adulta española tiene HTA².
- el 37,4% de los hipertensos no están diagnosticados³.
- solo el 58,6% de los hipertensos en España tienen un buen control de la PA⁴.
- los pacientes hipertensos tienen una mayor prevalencia de otros Factores de riesgo como: 65,9% con Dislipemia; 31,4% con Diabetes Mellitus; 47,2% con Obesidad; 13,9% son Fumadores y el 34,9% son sedentarios^{4,5}.
- la mayoría de los hipertensos son de riesgo elevado (23,9% con ECV; 23,9% cardiopatía isquémica; 6,1% con ictus; 5,2% con Insuficiencia cardiaca; 9,1% con Fibrilación auricular o 6,7% con enfermedad arterial periférica)⁴.
- los adultos hipertensos mayores de 55-60 años con Presión de Pulso (PP) > 60 mmHg, como expresión de mayor rigidez arterial y mayor riesgo cardiovascular, pueden tener un riesgo residual añadido aun con niveles controlados de PA.

INICIO DEL ESTUDIO DE HTA

- Es imprescindible confirmar el diagnóstico de HTA antes de etiquetar al paciente como hipertenso.
- El diagnóstico de HTA podemos realizarlo mediante la medición de la PA en consulta (PAC), siguiendo la metodología apropiada^a. Dada su posible variabilidad se recomienda la utilización de la MAPA de 24 horas o en su defecto el AMPA, tanto para confirmar el diagnóstico de HTA, descartarlo (HTA de bata blanca) o para detectar la HTA oculta o enmascarada⁶.
- La PAC adquiere especial importancia en la valoración de la PA ante circunstancias imprevistas, en atención en urgencias, valoración por enfermería para favorecer la adherencia a las medidas adoptadas.
- Necesidad de seguimiento regular y programado de la PA en la HTA

VALORES DE PA (mmHg) que definen la HTA	
PA en consulta	≥ 140/90
MAPA (media de 24 h)	≥ 130/80
AMPA	≥ 135/85

CATEGORÍAS DE HTA (PAC)	
PA óptima	<120/80 mmHg
PA normal	120-129/80-84
PA normal-alta	130-139/85-89
HTA grado I	140-159/90-99
HTA grado II	≥ 160/ ≥ 100

MAPA

- Realizarlo, al menos, anualmente en los pacientes con HTA, cuando dispongamos del recurso.

^a Tomar la PA con el mismo aparato, en el brazo de control (en el que la PA esté más alta, sea el derecho o el izquierdo). El paciente permanecerá en silencio, sentado con la espalda bien apoyada, sin cruzar las piernas, no habiendo fumado ni tomado café previamente y habiendo evacuado y miccionado previamente.

Hacer, **al menos**, DOS tomas seguidas y espaciadas cada 1 minuto ANOTAR siempre **SÓLO LA ÚLTIMA TOMA VÁLIDA**.

- Valorar la curva: válida y sin artefactos. Comprobar si algún pico corresponde a alguna eventualidad. Será correcta cuando haya más de un 70% de lecturas válidas.
- El % de descenso nocturno (Patrón Dipper) se corresponde con la profundidad de la curva y según el Ratio: PA período de descanso (no necesariamente nocturno) / PA en el periodo de actividad (no necesariamente diurno). Se pueden identificar los siguientes patrones:

Patrones de PA en la MAPA			
Patrones	↓ o ↑ de la PA	Ratio	Consecuencias
DIPPER extremo	↓ ≥ 20%	<0,8	Frecuente en ancianos. Sugiere ECV silente
DIPPER	↓ 10-20%	≥ 0,8- <0,9	Deseable
Non DIPPER	↓ 0-10%	≥ 0,9- <1	Mal control y elevado RCV
RISER	↑ <20%	≥ 1	Muy mal control y muy elevado RCV

AMPA⁷

- **PARA DIAGNÓSTICO:** tomar la PA **DIARIAMENTE DURANTE UNA SEMANA**; habitualmente, por la mañana ANTES DEL DESAYUNO y por la noche ANTES DE LA CENA.

Promediar las mediciones descartando la toma del primer día. Se considera HTA los valores ≥ 135/85.

- **PARA SEGUIMIENTO:** tomar la PA **3-5 DÍAS A LA SEMANA durante varias semanas**, por la mañana y por la noche. Consensuar con médico y hacerlas hasta alcanzar objetivos de control.

En los ya controlados es suficiente realizarlo una vez al mes.

- **PARA CONTROL de modificaciones en las medidas adoptadas:** tomar la PA **UN DÍA A LA SEMANA**, por la mañana y la noche, **DURANTE UN MES**.

- La planilla con las tomas de PA se hará llegar a la consulta médica por los mecanismos establecidos.

- Promediar los resultados obtenidos, valorar cambio al siguiente escalón de tratamiento si procede.

- Valorar la PP elevada como existencia de RIESGO RESIDUAL: PAS-PAD ≥ 60mmHg.

(Modelos hoja de registro: Indicaciones para los pacientes, en Anexo 1)

Otras pruebas:

- Anamnesis: considerar los antecedentes familiares de HTA y otros FRCV y en mujeres considerar historia obstétrica (estados hipertensivos en el embarazo).

- Analítica completa, especialmente para descartar HTA secundaria (pacientes jóvenes)

- ECG

- Importante calcular el RCV del paciente (SCORE2 y SCORE2-OP) para la toma de decisioness adecuadas⁸.

Objetivos de PA

Objetivos Control de PA en sujetos con HTA en diferentes circunstancias ⁹						
PAS	HTA	+ DM	+ ictus	+ EC	+ ERC	
18-64 años	130-139 120-129 si se tolera			120-129 No <120	130-139	70-79
65-79 años	130-139 No <120					
≥ 80 años	130-139 si se tolera No <130					
	70-79					PAD

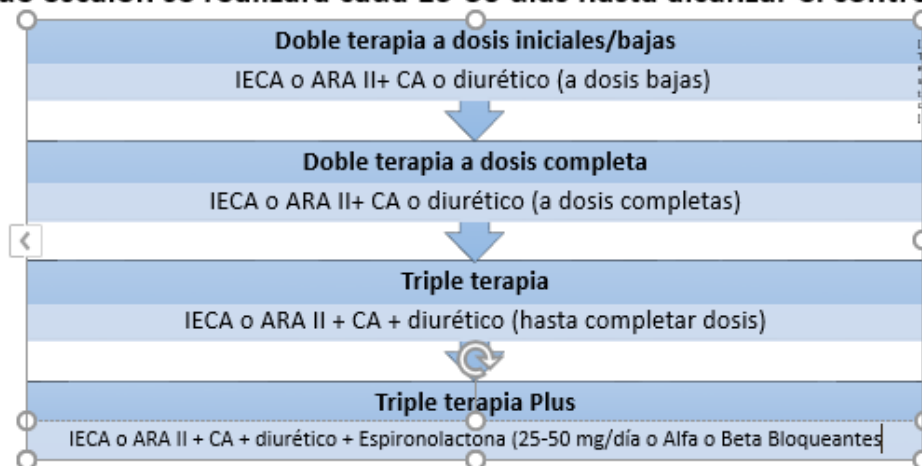
INICIO DE TRATAMIENTO⁹

- El beneficio se logra por la bajada de la PA independientemente del fármaco empleado
- La elección de los fármacos iniciales será individualizada en función de sus indicaciones especiales, precauciones de uso y contraindicaciones.
- Se consideran de primera línea: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA); antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II); betabloqueadores (BB); calcioantagonistas (CA); y diuréticos
- No retrasar el inicio del tratamiento farmacológico
- Indicar control de AMPA al iniciar o modificar una pauta de tratamiento
- Iniciar tratamiento combinado en la mayoría de los pacientes
- Monoterapia únicamente para HTA grado 1 de riesgo bajo y con niveles basales de PA cercanos al objetivo
- Agilizar cambios precoces (incremento dosis, incremento fármacos a la combinación)

Alcanzar el objetivo en un máximo de 3 meses

4 escalones de tratamiento

El ascenso de escalón se realizará cada 15-30 días hasta alcanzar el control de la PA



Otros fármacos hipotensores se emplearán en condiciones específicas o en HTA resistente

- No olvidar la identificación y el abordaje de otros factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, diabetes, obesidad,..)

Bibliografía

- 1 Lewancauk R. Hypertension as a chronic disease: What can be done at a regional level? *Can J Cardiol.* 2008; 24: 483-484.
- 2 Cinza-Sanjurjo S, Micó-Pérez R.M, Velilla-Zancada S, Prieto-Díaz M.A, Rodríguez-Roca G.C, Barquilla García A, et al. Factores asociados al riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular y renal en el estudio IBERICAN (Identificación de la población Española de Riesgo Cardiovascular y reNal): resultados definitivos. *Medicina de Familia. Semergen.* 2020;46: 368-78.
- 3 Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto M.A, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69: 572-8.
- 4 Moyá Amengual A, Sanchis Mezquita A, Sendino del Olmo R, Orlandis Vázquez M, Mora Quintero A, Escobar Lavado F, et al. 424/3895 - GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL ESTUDIO IBERICAN. *Medicina de Familia. Semergen.* 2019; 45 (Espec. Cong. 1): 99.
- 5 Cinza-Sanjurjo S, Micó-Pérez RM, Velilla-Zancada S, Prieto-Díaz MA, Rodríguez-Roca GC, Barquilla García A, Polo García J, Martín Sánchez V, Llisterri Caro JL; en representación de los investigadores del estudio IBERICAN. Factores asociados al riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular y renal en el estudio IBERICAN (Identificación de la población Española de Riesgo Cardiovascular y reNal): resultados definitivos [Factors associated with cardiovascular risk and cardiovascular and renal disease in the IBERICAN study: Final results]. *Semergen.* 2020 Sep;46(6):368-378. Spanish. doi: 10.1016/j.semerg.2020.06.027. Epub 2020 Aug 30. PMID: 32873502.
- 6 Stergiou G.S, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *J Hypertens.* 2021; 39:1293–1302.
- 7 Divisón-Garrote J.A, Velilla-Zancada S, Artigao-Rodenas L.M, et al., Home blood pressure self-measurement: “Current situation and new perspectives”, *Hipertensión y riesgo vascular*, <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2022.07.005>.
- 8 European Society of cardiology (ESC). ESC CVD Risk Calculation App. Individual cardiovascular risk assessment for healthcare professionals. <https://www.escardio.org/Education/ESC-Prevention-of-CVD-Programme/Risk-assessment/esc-cvd-risk-calculation-app>.
- 9 Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, ~ 2022. Sociedad Española ~ de Hipertensión - Liga Española ~ para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *Hipertensión y Riesgo Vascular.* 2022; 39: 174-94.