

Guía de Práctica Clínica

Guía Europea de Hipertensión

2003 European Society of Hypertension. European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial Hypertension. Guidelines Committee Journal of Hypertension. 2003.21:1011-1053.

Resumen

Estas guías fueron elaboradas por un comité de expertos reunido por la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología y han sido avaladas por la Sociedad Internacional de Hipertensión. Fueron preparadas sobre la base de la mejor evidencia disponible sobre el manejo de la hipertensión arterial con un objetivo principalmente educacional más que prescriptivo. El comité ha tratado de no dar reglas rígidas que pudieran restringir el criterio de manejo de los pacientes individuales quienes difieren en características personales, médicas y culturales.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se considera la clasificación de la Organización Mundial de la Salud 1999 sin modificaciones, con la reserva de que el real punto de partida para hipertensión debe ser considerado flexible, siendo más alto o más bajo de acuerdo al riesgo cardiovascular (CV) total. La presión arterial normal alta incluye valores que pueden ser considerados altos (hipertensión) en sujetos con alto riesgo o aceptables en individuos con bajo riesgo. Ver cuadro 1.

Cuadro 1: categorías de tensión arterial

Categoría	Sistólica	Diastólica
Óptima	<120	<80
Normal	120 - 129	80 - 84
Normal alta	130 - 139	85 - 89
HTA grado I	140 - 159	90 - 99
HTA grado II	160 - 179	100 - 109
HTA grado III	>180	>110
HTA sistólica aislada	>140	<90

Se sugiere la estratificación por riesgo cardiovascular total presentada en el cuadro 2. Los términos bajo, moderado, alto y muy alto riesgo indican, respectivamente, un riesgo absoluto aproximado a 10 años de enfermedad cardiovascular menor de 15%, 15 a 20%, 20 a 30% y mayor a 30% de acuerdo a los criterios de Framingham; o un riesgo absoluto de enfermedad cardiovascular fatal aproximado menor a 5%, entre 5 y 8% y mayor de 8% (esta última categoría incluye a los pacientes de alto y de muy alto riesgo) respectivamente de acuerdo a los puntajes europeos.

Factores de riesgo vascular

Son factores de riesgo vascular la edad (más de 55 años en los hombres o de 65 en las mujeres) el tabaquismo, la dislipemia, los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (antes de los 55 años en los hombres y de 65 en las mujeres) la obesidad abdominal y la elevación de la proteína C reactiva (más de 1,1mg/dL).

Daño de órgano blanco

Incluye la hipertrofia del ventrículo izquierdo, la microalbuminuria, la elevación de la creatinina, la aterosclerosis carotídea y las hemorragias o los exudados en el fondo de ojo (retinopatía grados III y IV).

Enfermedad asociada

Define como enfermedad asociada a la enfermedad cerebrovascular, cardiovascular, renal y vascular periférica.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Medición de la tensión arterial

Se basa en múltiples mediciones tomadas en ocasiones separadas. Si la tensión está levemente aumentada se recomienda realizar varias mediciones a lo largo de varios meses antes de intervenir ya que muchos pacientes experimentarán una regresión a valores normales. Si existe daño de órgano blanco o riesgo cardiovascular elevado deberían acortarse los tiempos (semanas o días). En los ancianos y, especialmente para evaluar la posibles efectos adversos de la terapia antihipertensiva, se debe tomar la TA de pie (al minuto y a los cinco minutos) para evaluar la presencia de hipotensión ortostática.

Los valores por encima de los cuales se define HTA varían según el ámbito donde se registre la medición, siendo 140/90mmHg en el consultorio, 135/85mmHg en el automonitoreo y 125/80mmHg en el monitoreo ambulatorio de TA.

Se define la presencia de HTA de guardapolvo blanco ante valores mayores a 140/90mmHg en el consultorio y valores menores a 125/80mmHg en el monitoreo ambulatorio de TA. Se sugiere en estos pacientes evaluar la presencia de otros factores de riesgo vascular y de daño de órgano blanco, recomendando a todos los pacientes cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico si tuvieran daño de órgano blanco.

Anamnesis

Además de interrogar factores de riesgo y enfermedades personales y familiares, investigar acerca de drogas lícitas o ilícitas (anticonceptivos orales, gotas nasales, cocaína, anfetaminas, esteroides, aines, eritropoyetina, ciclosporina) a fin de descartar HTA secundaria.

Examen físico

Está orientado a detectar signos de daño de órgano blanco y descartar HTA secundaria. Se recomienda realizar examen de fondo de ojo, palpación abdominal, auscultación precordial, femoral y carotídea; así como valoración de los pulsos periféricos.

Laboratorio

Solicitar en forma rutinaria glucemia, perfil lipídico, creatinemia, ionograma, hematocrito y hemoglobina, uricemia, orina completa y electrocardiograma (ECG). Existe también la opción de realizar una ecografía doppler carotídea para medir engrosamiento miointimal, proteína C reactiva y dosaje de microalbuminuria de 24 horas.

TRATAMIENTO

En todos los pacientes debe evaluarse la presencia de otros factores de riesgo coronario, daño de órgano blanco y diabetes o enfermedad asociada (equivalentes coronarios) y recomendar cambios del estilo de vida y corrección de los factores de riesgo modificables. Ver cuadro 3. Describimos además las intervenciones específicas según la categoría de HTA y según el riesgo vascular del paciente. Ver cuadro 2.

Cuadro 2: categorías de riesgo vascular según los niveles de presión arterial y según los otros factores de riesgo

Otros factores de riesgo vascular	Presión arterial (mmHg)				
	Normal	Normal alta	Grado 1	Grado 2	Grado 3
Ninguno	Riesgo promedio		Riesgo bajo	Riesgo moder.	Riesgo alto
1 a 2	Riesgo bajo		Riesgo moderado		Riesgo muy alto
3 ó más o diabetes o daño de órgano blanco	Riesgo moder.	Riesgo alto			
Enfermedad asociada	Riesgo alto	Riesgo muy alto			

Cuadro 3: cambios en el estilo de vida

- Cesación del tabaquismo.
- Reducción del peso.
- Reducción de la ingesta de alcohol.
- Práctica de ejercicio físico.
- Reducción de la sal en la dieta.
- Incremento del consumo de frutas y verduras.
- Disminución de la ingesta de grasas saturadas.

Pacientes con TA normal-alta

En los pacientes de alto y de muy alto riesgo se indicará tratamiento con drogas desde el inicio; en los pacientes de riesgo moderado se monitoreará la TA frecuentemente y en los pacientes de bajo riesgo se recomienda no intervenir.

Pacientes con HTA grados I y II

En los pacientes de alto o muy alto riesgo se indicará tratamiento con drogas; en los pacientes de riesgo moderado se monitoreará la TA y se insistirá con fuerza la corrección de los factores de riesgo durante tres meses iniciándose drogas si al cabo de dicho lapso la TA supera los 140/90mmHg y continuándose el monitoreo si los valores no superan estas cifras. En los individuos de bajo riesgo se recomienda monitorear la TA e insistir en los cambios de hábitos por tres a 12 meses, continuándose el monitoreo si la TA no supera 140/90mmHg y considerando el uso de drogas de acuerdo a las preferencias del paciente si los niveles oscilan entre 140-159/90-99mmHg.

Pacientes con HTA grado III

Iniciar tratamiento con drogas inmediatamente.

Metas del tratamiento

Alcanzar la máxima reducción del riesgo de morbimortalidad cardiovascular mediante el tratamiento de los factores de riesgo reversibles identificados y el control de la TA. Uno de los objetivos es lograr valores iguales o menores a 140/90mmHg si son tolerados. En pacientes diabéticos la meta es de 130/80mmHg.

Estos objetivos no deben ser tomados de manera rígida ya que la toma de decisiones debe responder a los casos individuales. Nunca debe posponerse innecesariamente la iniciación de tratamiento con drogas, especialmente en pacientes de alto riesgo. Es importante poner atención sobre la adherencia al tratamiento.

Drogas

El tratamiento se debe iniciar gradualmente con el objetivo de alcanzar progresivamente la meta de TA a lo largo del tiempo y dependiendo del riesgo del paciente. De acuerdo a la TA basal y a la presencia o ausencia de complicaciones, podría iniciarse tratamiento con una droga o la combinación de dos agentes a bajas dosis.

En el caso de no haber respuesta a una monodroga, debido a la variabilidad de la respuesta individual a los distintos antihipertensivos, se plantea la opción de aumentar la dosis o cambiar de monodroga (distintos mecanismos de acción).

Como droga de primera elección postula a cualquiera de los grupos principales de antihipertensivos (diuréticos, beta-bloqueantes, antagonistas cálcicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o IECA, antagonistas del receptor de angiotensina o ARA) dependiendo la elección de la experiencia previa del paciente con los antihipertensivos, del costo, del perfil de riesgo del paciente y de la presencia de daño de órgano blanco o comorbilidades.

Existe suficiente evidencia de que el beneficio terapéutico está dado por la disminución de la TA, sin obviarse que determinados grupos de drogas pueden diferir en algún efecto o en grupos especiales de pacientes. Por lo tanto, todos los grandes grupos de drogas utilizadas en el tratamiento de la HTA serían satisfactorios para el inicio y el mantenimiento de la TA. El énfasis en identificar drogas de primera línea sería obsoleto, dada la necesidad habitual de dos o más drogas para alcanzar la meta deseada en la mayoría de los individuos.

Entre las combinaciones efectivas y bien toleradas se mencionan: diuréticos y beta bloqueantes, diuréticos e IECA o ARA, bloqueantes cálcicos y beta bloqueantes, bloqueantes cálcicos y IECA o ARA, bloqueantes cálcicos y diuréticos, alfa-bloqueantes y beta bloqueantes. En ancianos, se recomienda tratar la hipertensión sisto-diastólica o sistólica aislada ya que está demostrado que disminuye la morbimortalidad cardiovascular. En esta población es importante iniciar las drogas gradualmente y controlar si aparece hipotensión postural.

En diabéticos, el hallazgo de microalbuminuria sugiere el uso de un bloqueante del sistema renina-angiotensina, independientemente de los valores de TA. En los diabéticos hipertensos, la droga recomendada para iniciar el tratamiento es un bloqueante del receptor de angiotensina y como segunda opción, un IECA.

Comentario

Esta guía nos ofrece, más que directivas sobre la prescripción de fármacos, un marco conceptual para el manejo de la hipertensión

arterial. Hace especial hincapié en la importancia del riesgo cardiovascular global, basando en este la determinación del inicio de tratamiento farmacológico, así como la definición de las metas a alcanzar.

Respetando la clasificación de HTA de 1999 de la Organización Mundial de la Salud sin modificaciones, con la reserva de que el real punto de partida para hipertensión debe ser considerado flexible, siendo más alto o más bajo de acuerdo al riesgo cardiovascular global. Así, la presión arterial normal alta incluye valores que pueden ser considerados altos (hipertensión) en sujetos con alto riesgo o aceptables en individuos con bajo riesgo. En este punto presenta una clara diferencia con la guía norteamericana que incorpora la categoría de prehipertensos y define la conducta terapéutica principalmente de acuerdo a las cifras de TA, independientemente del riesgo cardiovascular global del individuo.

A diferencia de la guía norteamericana, no propone una droga de inicio de primera elección y prioriza el control de la tensión arterial con cualquier droga que pertenezca a los grupos principales de antihipertensivos. También introduce la variable "tiempo" para intentar alcanzar las metas con medidas no farmacológicas y farmacológicas de acuerdo al riesgo cardiovascular global del individuo. Si bien es factible que muchos pacientes necesiten para el control de la TA una combinación de drogas, pacientes con cifras menores de TA probablemente se controlen con monodrogas. En

el caso de falta de respuesta a una monodroga, plantea la opción de aumentar la dosis, cambiar de monodroga o agregar una segunda droga.

Tiene en cuenta otros factores de riesgo como la obesidad central (signo de síndrome metabólico) y la proteína C reactiva (predictora de eventos cardiovasculares como la LDL y asociado al síndrome metabólico).

Nos plantea una vez más la discusión sobre la utilización del ecocardiograma (para los que tengan ECG normal), de la ecografía doppler de los vasos del cuello para medir el grosor miointimal como predictor de enfermedad vascular, y de la proteína C reactiva como factor pronóstico; puntos que deberán ser aclarados con nueva evidencia. Respecto de estas herramientas diagnósticas, vale recordar que esta guía ha sido desarrollada para países en los que el acceso a estos estudios no se halla restringido, situación difícil de trasladar a nuestra práctica en Latinoamérica.

Finalmente, esta guía aporta un enfoque global y flexible. Es posible que muchos médicos prefieran esta forma de abordaje, que considera el criterio médico como principal evaluador del perfil de riesgo, la experiencia previa del paciente con drogas antihipertensivas, el costo de las drogas, la preferencia del paciente, y la respuesta al tratamiento; así como otros prefieran recomendaciones más determinantes y rígidas como las de la guía norteamericana.

Dra. Cecilia Calvo - Dra. Mariela Barani [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires.]

Referencias

- 1- Grundy S, Pasternak R, Greenland P, et al. Assessment of cardiovascular Risk by Use of Multiple-Risk factor Assessment Equations. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association and the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 1999; 34:1348-59.
- 2- Chalmers J et al. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee. 1999 World Health Organization . International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens*, 1999, 17:151-185.
- 3- The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA* 2003; 289:2560-2572.

* La distinción entre riesgo alto y muy alto ha sido mantenida principalmente en orden de preservar un lugar diferenciado para la prevención secundaria (pacientes con enfermedades asociadas) aunque no influye significativamente en la toma de decisiones.

+ Todavía no utilizado en la práctica cotidiana.

= Podría analogarse este concepto de enfermedad asociada al de equivalente coronario.

Ver glosario.

**Teniendo en cuenta que el electrocardiograma tiene una sensibilidad de 50% para descartar hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y que la presencia de ésta es un factor de riesgo independiente que puede condicionar conductas terapéuticas, se recomienda realizar un ecocardiograma ante la ausencia de signos de HVI en el ECG.

