

Guía de Práctica Clínica: Hipertensión: manejo de la hipertensión del adulto en Atención Primaria

Clinical management of primary hypertension in adults (NICE clinical guideline 127)

Resumido y traducido con autorización del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG127>

La hipertensión arterial (HTA) es un problema frecuente, de gran importancia, prevenible, causa de morbilidad y mortalidad prematura y cuyo manejo es una de las principales intervenciones en Atención Primaria.

Esta guía de práctica clínica actualiza a la Guía previa del NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) del Reino Unido (publicada en junio de 2006) y contiene nuevas recomendaciones sobre diagnóstico, tratamiento antihipertensivo y seguimiento, que se basan en una revisión sistemática sobre la mejor evidencia disponible, considerando los costos y la efectividad de las diferentes alternativas de manejo.

Recomendaciones y principales novedades

Intercalaremos en las principales recomendaciones un resumen de los cambios con respecto al manejo actual de la hipertensión arterial.

Definiciones

Se proponen nuevas definiciones de los diferentes estadios de hipertensión arterial (HTA) que tienen en cuenta el uso del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) y la incorporación formal del control ambulatorio de tensión arterial (CATA), también llamado monitoreo domiciliario de la tensión arterial o MDPA.

Monitoreo ambulatorio de presión arterial

Consiste en un dispositivo tipo Holter que el paciente lleva a su casa para realizar por lo menos dos mediciones por hora durante sus horas de vigilia habitual (p. ej. entre las 8 y las 22 h). Por lo tanto permite calcular el valor promedio de la TA para confirmar el diagnóstico. Para que sea válido, debe haber al menos 14 mediciones adecuadas.

Control ambulatorio de tensión arterial

Se refiere a la estrategia de control domiciliario de la presión arterial llevada a cabo con un equipo estandarizado y controlado por algún proveedor, debiendo cumplir los siguientes estándares de medición: 1) por cada registro de TA, son tomadas dos mediciones consecutivas separadas por al menos un minuto de diferencia y con la persona sentada; 2) la TA se registra al menos dos veces al día, preferiblemente durante la mañana y la noche; 3) el registro de TA continúa durante al menos cuatro días consecutivos e idealmente durante siete; 4) deben desecharse las medidas tomadas durante el primer día y utilizarse el valor promedio de todas las medidas restantes para confirmar el diagnóstico de HTA.

Estadios de hipertensión arterial

-Estadio I: valores mayores o iguales a 140/90 mmHg mas MAPA o CATA con valores mayores o iguales a 135/85 mmHg.
-Estadio II: valores mayores o iguales a 160/100 mmHg mas MAPA o CATA con valores mayores o iguales a 150/95 mmHg.
-Severa: valores mayores o iguales a 180 mmHg de presión sistólica o a 110 mmHg de presión diastólica.

Como vemos, el principal cambio en el diagnóstico es que para estadio I y II se agrega el MAPA o CATA.

Diagnóstico

Si la TA tomada en el consultorio es mayor o igual a 140/90 mmHg se recomienda tomar una segunda medida en dicho ámbito en ambos brazos. Si la segunda medida es sustancialmente diferente, tomar una tercera medida, registrando el valor más elevado de las últimas dos mediciones.

Si la TA clínica es mayor o igual a 140/90 mmHg, ofrecer MAPA

para confirmar el diagnóstico de HTA.

Si una persona es incapaz de tolerar el MAPA, el CATA es una alternativa adecuada para confirmar el diagnóstico.

A la espera de confirmar el diagnóstico, realizar investigaciones para estudiar la presencia de daño de órgano blanco (DOB) y la evaluación formal del riesgo cardiovascular.

Si no se confirma el diagnóstico de HTA se recomienda ofrecer a la persona controles de TA cada cinco años, considerando medir más seguido la TA si el valor es cercano a 140/90 mmHg. Si existe evidencia de DOB como hipertrofia de ventrículo izquierdo, elevación de la albuminuria o proteinuria, investigar causas alternativas de DOB.

Se confirma el diagnóstico de HTA estadio I si se constatan valores ambulatorios con cualquiera de las dos estrategias de monitoreo iguales o mayores a 135/85 mmHg, y estadio II si estos valores igualan o superan los 150/95 mmHg.

El argumento principal de la incorporación del MAPA o CATA para el diagnóstico de HTA es que tiene mejores características operativas que el diagnóstico basado en el consultorio, evitando principalmente los diagnósticos falsos positivos, y por lo tanto reduciendo la cantidad de pacientes que requerirían tratamiento crónico farmacológico.

Búsqueda de daño de órgano blanco e interconsulta con el especialista

Se recomienda iniciar el rastreo de DOB mientras se está esperando la confirmación del diagnóstico de HTA a través de las siguientes pruebas: 1) prueba simple de orina para detectar proteinuria (relación albúminuria/creatininuria en muestra aislada o "spot"), más hematúria con tiras reactivas; 2) muestra de sangre para determinar glucemia, ionograma, creatininemia, tasa estimada de filtrado glomerular, colesterol total, colesterol HDL; 3) fondo de ojo para rastrear la presencia de retinopatía; 4) electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones.

Considerar interconsultar con el especialista a todo menor de 40 años (para investigar causas secundarias y realizar una evaluación más detallada de DOB), ante el diagnóstico de hipertensión severa o signos de papiledema y/o hemorragia retiniana, ante la sospecha de feocromocitoma (hipotensión postural, cefalea, palpitaciones, palidez y diaforesis) y a todos los pacientes con signos o síntomas sugestivos de causa secundaria.

El principal cambio aquí es la inclusión de la relación albúminuria/creatininuria en muestra aislada o spot de orina para detectar proteinuria y DOB.

Principios generales del tratamiento farmacológico antihipertensivo

Describimos a continuación algunas de las recomendaciones principales.

Ofrecer drogas de una sola toma diaria y prescribir medicamentos genéricos. Ofrecer a las personas con HTA sistólica aislada (TAS \geq 160 mmHg con TAD menor a 90 mmHg) el mismo tratamiento que a quienes tienen elevación de ambas presiones.

Ofrecer a los mayores de 80 años el mismo tratamiento antihipertensivo que a los mayores de 55, teniendo en cuenta las comorbilidades.

No ofrecer la combinación de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) con antagonistas del receptor

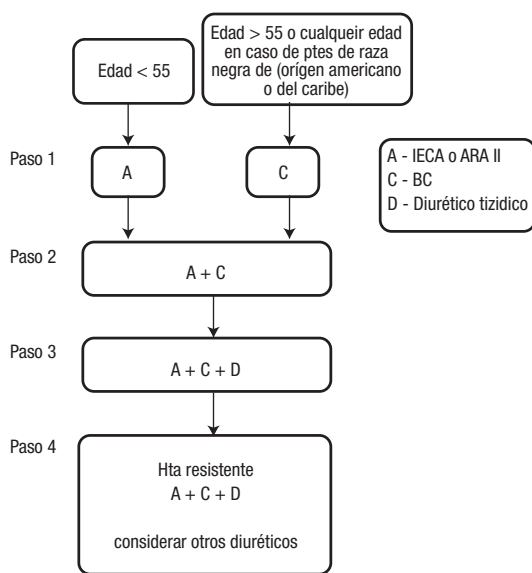
de angiotensina II (ARA II).

En las mujeres de edad fértil ofrecer fármacos acordes a las recomendaciones sobre el control de la embarazada con hipertensión crónica y del tratamiento de las pacientes que están dando de mamar (ver guía Nice "Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo", resumida recientemente en Evidencia)¹.

En estadio I ofrecer tratamiento farmacológico si hay evidencia de DOB, en presencia de enfermedad cardiovascular, diabetes, o ante un riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular > 20%.

Ofrecer tratamiento farmacológico a los pacientes con HTA severa o acelerada, o diagnóstico de HTA estadio II, de acuerdo al esquema que se detalla en la figura 1.

Figura 1: pasos sugeridos para el tratamiento farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial.



IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina;
ARA II: bloqueantes de los receptores de angiotensina II;
BC: bloqueantes cálcicos;
BB: beta bloqueantes.

La principal característica es que no se recomiendan los diuréticos como primera o segunda línea. En pacientes menores de 55 años, recomiendan comenzar con IECA o ARA II; y en mayores, con bloqueantes de canales de calcio como droga inicial. La segunda línea es combinar las drogas de las familias precedentes. Recién en la tercera línea aparecen las tiazidas.

Paso 1

Ofrecer tratamiento a las personas menores de 80 años con HTA estadio I que tengan evidencia de DOB (como enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal, diabetes) o un riesgo cardiovascular a diez años que supere el 20%. Ofrecer tratamiento a toda persona de cualquier edad con HTA estadio II.

Ofrecer a todo paciente menor de 55 años, un IECA ó un ARA II de bajo costo. Si el paciente no tolera el IECA (por ejemplo, por tos) ofrecer un ARA II.

A los mayores de 55 años y las personas de cualquier edad de raza negra, de origen africano o provenientes del Caribe, ofrecerles un bloqueante cálcico (BC). Si el BC estuviera contraindicado, si desarrolla edema u otro tipo de intolerancia, o si tiene signos de insuficiencia cardíaca o un alto riesgo de desarrollarla, ofrecerle un diurético de tipo tiazídico.

Si el tratamiento con un diurético se está iniciando o cambiando, ofrecer un diurético tipo tiazídico como la clortalidona (12,5 a 25 mg una vez al día) o indapamida (1,5 mg de liberación prolongada una vez al día ó 2,5 mg de liberación simple una vez al día) en lugar de una tiazida convencional como bendroflumetiazida o hidroclorotiazida. Las personas que ya están en tratamiento con bendroflumetiazida o hidroclorotiazida y su presión arterial está estable y bien controlada, pueden continuar con dichas droga.

Se desaconseja el uso de beta bloqueantes (BB) en el paso 1. Sin embargo, pueden ser considerados: para los pacientes jóvenes, si los IECA y los ARA II están contraindicados o no son tolerados; si hay evidencia de aumento del tono simpático; y para las mujeres en edad fértil.

Si la presión arterial no pudo ser controlada a mediante el paso 1 del tratamiento, ofrecer el paso 2.

Paso 2

Ofrecer un BC más un IECA o un ARA II. Si el paciente recibía inicialmente un IECA o un ARA II, sumar un BC. Si ya recibía un BC, sumar un IECA o un ARA II.

Si no resulta posible el uso de un BC, ofrecer un diurético tiazídico. Para las personas de raza negra u origen africano, considerar agregar un ARA II al BC (y o un IECA).

Si se utilizó un BB en el paso 1, agregar un BC en lugar de un diurético tipo tiazida, para reducir el riesgo de que la persona desarrolle diabetes.

Antes de considerar el paso 3 de tratamiento, revisar la medicación para asegurarse de que el paso 2 esté con la dosis óptima y esté siendo bien tolerado.

Paso 3

Ofrecer un IECA ó un ARA II más un BC más un diurético tipo tiazida. Si la TA clínica se mantiene por encima de 140/90 mmHg después del paso 3, con el tratamiento a dosis óptimas o en el máximo tolerable, considerar resistencia. Considerar el paso 4 de tratamiento o buscar el asesoramiento de algún experto.

De elegir tiazidas, aconsejan clortalidona o indapamida y no hidroclorotiazida.

Paso 4

Considerar la posibilidad de tratamiento con diuréticos como espironolactona a bajas dosis (25 mg/día) si el nivel de potasio en la sangre es de 4,5 mmol/L o más bajo. Tener especial cuidado en las personas con una disminución de la filtración renal, ya que tienen mayor riesgo de desarrollar hiperpotasemia. Considerar la posibilidad de tratamiento con diuréticos con una mayor dosis de tiazidas si el nivel de potasio en la sangre es superior a 4,5 mmol/L. Cuando se utiliza la terapia con diuréticos, monitorear el sodio y el potasio en la sangre y la función renal durante el primer mes de iniciados, repitiéndolo según sea necesario.

Si la terapia con diuréticos no se tolera, si está contraindicada o si es ineficaz, considerar un alfa bloqueante o un BB. Si la presión arterial permanece sin controlarse con la dosis máxima de cuatro drogas o con las máximas dosis tolerados, buscar el asesoramiento de expertos.

Seguimiento

Se recomienda utilizar la medición de la TA en el consultorio con el objetivo de monitorear la respuesta al tratamiento, considerando como un complemento el uso de MAPA o CATA para las personas en quienes se identificó que se comportan como "hipertensos de guardapolvo blanco".

Metas de presión arterial

Se recomienda para los menores de 80 años una meta de TA < 140/90 mmHg en el consultorio, y para los mayores de 80 una meta de TA < 150/90 mmHg. Si se utiliza MAPA o CATA, se recomienda un promedio de valores diurnos o de las horas de vigilia < 135/85 mmHg en menores de 80 años y menor a 145/85 mmHg en mayores de 80.

Fuente de financiamiento: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Nota: las guías NICE son desarrolladas para su aplicación dentro del Servicio Nacional de Salud (sigla en inglés NHS) en el Reino Unido. El NICE no toma responsabilidad alguna por la traducción al español aquí publicada de la presente guía.

Comentario de los comentaristas

Las guías de práctica clínica que desarrolla el NICE para Inglaterra y Gales tienen un importante rigor metodológico, y son utilizadas en dichos países para trasladarse a la práctica clínica en ese contexto. De aplicarse estas nuevas recomendaciones, ya sea en el Reino Unido o en el resto del mundo, cambiaría la forma en que se viene diagnosticando la HTA desde hace más de un siglo², para convertirse en un proceso más preciso y cuidadoso.

Dado que un 25% de los pacientes con elevación de la TA en el consultorio evidencian registros normotensivos cuando se los valora posteriormente a través de un MAPA o un CATA², esta nueva recomendación fue rápidamente aceptada en el Reino Unido de Gran Bretaña, ya que permitiría disminuir el sobrediagnóstico de HTA³, reduciendo por ende el número de futuros pacientes sobretatados como hipertensos.

Desde una perspectiva social, si bien sería necesaria una mayor inversión inicial en aparatos diagnósticos, y entrenamiento de los profesionales para incluir el MAPA y el CATA rutinariamente, esta sería costoefectiva ya que también se evitaría el sobre-tratamiento farmacológico y las complicaciones inherentes al mismo en ese subgrupo de pacientes falsamente rotulados como hipertensos.

Sin embargo, resulta cuestionable la aplicabilidad de estas recomendaciones en un país como Argentina (y probablemente también en sus países vecinos). En nuestro caso deberíamos

plantearnos cuanto sobrecargaríamos al sistema de salud si nos vemos obligados a someter a un MAPA o a un CATA y a la pesquisa inicial de DOB a todos los pacientes atendidos por un registro de TA elevado en el consultorio, sin haber confirmado aún el diagnóstico de HTA mediante el criterio clínico tradicional.

Resulta por otro lado llamativa la elección de IECA o ARA II como primera elección por sobre los "tradicionales" beta bloqueantes en los pacientes menores de 55 años. La exclusión de estos como tratamiento de primera elección de la hipertensión fue tomada ya en la versión anterior de esta misma guía, publicada en 2006⁴ así como en otras guías recientes. En resumen, el análisis de los datos mostró que para el tratamiento de la hipertensión primaria, los beta bloqueantes resultaron eficaces en la reducción del riesgo de eventos cardiovasculares mayores, pero en comparación con los tratamientos actualmente recomendados, resultan significativamente menos efectivos para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular y no más efectivos para prevenir el riesgo de infarto de miocardio. Luego de analizar aspectos de costo-efectividad, los betabloqueantes resultaron además la opción de tratamiento menos costo-efectiva.

En cuanto a la recomendación de ARA II como alternativa a los IECA, esta causó cierto revuelo, dada la publicación de estudios que sugerían un potencia riesgo de aumento de infarto de miocardio⁵. Sin embargo, un reciente metaanálisis (que involucro más de 140.000 pacientes) alejó esta preocupación de escena descartando cualquier aumento de riesgo⁶.

Conclusiones de los comentaristas

Aunque resulta difícil imaginar la posibilidad de implementar en forma difundida la estrategia diagnóstica sugerida por la presente guía, también es cierto que esta puede ser considerada en los subgrupos institucionales con acceso a tales herramientas de diagnóstico. Sería deseable la realización de estudios de costoefectividad en países con nuestra realidad socioeconómica para poder sopesar el redireccionamiento de recursos hacia esta u otras estrategias sanitarias prioritarias y evaluar los beneficios y costos locales de estas nuevas estrategias propuestas por el NICE.

María Florencia Grande Ratti, Federico Augustovski, y Gabriel Villalón [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires maria.grande@hospitalitaliano.org.ar]

Grande Ratti María Florencia, Augustovski, Federico. Manejo de la hipertensión del adulto en Atención Primaria. Evid Act Pract Ambul Ene-Mar 2012;15(1):34-36. Comentario de: National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults (update). Clinical guideline 127, August 2011. Disponible en URL: <http://guidance.nice.org.uk/CG127> .

Referencias bibliográficas

1. Izbizky G y Zunana C. Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo. Evid Act Pract Ambul. Oct-Dic 2011;14(4):153-156. Resumen traducido y comentario de: Management of hypertensive disorders during pregnancy (NICE Clinical Guideline 107, August 2010). Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13098/50416/50416.pdf>.
2. Susan Mayor, "Hypertension diagnosis should be based on ambulatory blood pressure monitoring, NICE recommends", BMJ 2011; 343:d5421.
3. Hodgkinson J, y col. Relative effectiveness of clinic and home blood pressure monitoring compared with ambulatory blood pressure monitoring in diagnosis of hypertension: systematic review, BMJ 2011; 342:d3621.
4. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Hypertension: management in adults in primary care: pharmacological update. (Pharmacological update of CG18.) Royal College of Physicians, 2006.
5. Strauss MH, Hall A. Renin-angiotensin system and cardiovascular risk. Lancet 2007;370:24-5.
6. Bangalore S, y col. Angiotensin receptor blockers and risk of myocardial infarction: meta-analyses and trial sequential analyses of 147020 patients from randomised trials. BMJ 2011;342:d2234.