Puntos de vista

Hipertensión arterial: ¿qué nos aportan las recomendaciones actuales?

Hypertension: What Can Be Learned from Current Recommendations?

Yanier Coll Muñoz[1] Ángel Javier Coll Pulgarón[2]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Coll-Muñoz Y, Coll-Pulgarón Á. Hipertensión arterial: ¿qué nos aportan las recomendaciones actuales?. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2014 [citado 2025 Jul 12]; 4(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/282

Resumen

El manejo de la hipertensión arterial sigue constituyendo un punto de mira para los médicos y el personal de la salud, con el objetivo de lograr el control integral y la prevención de complicaciones en su evolución. Existen aspectos en el manejo de los pacientes hipertensos que aún son discutibles, y aunque los resultados de diferentes estudios aporten las evidencias actuales, la conducta ante este grupo de pacientes sigue siendo compleja e interdisciplinaria. Las nuevas guías para el manejo de la HTA de las diferentes sociedades y grupos son de utilidad para los profesionales, no obstante, no pueden constituir una regla, debiendo adecuar nuestra actuación y las recomendaciones a las características individuales de cada paciente.

Palabras clave: hipertensión, hipertensión enmascarada, hipertensión de la bata blanca

Abstract

Management of hypertension remains an objective for physicians and health professionals in order to achieve comprehensive control and prevention of complications during its course. Some aspects in the management of hypertensive patients are still controversial, and despite the current evidence provided by different studies, the actions to take with this group of patients remain complex and interdisciplinary. The new guidelines for the management of hypertension in different societies and groups are useful for professionals; however, they should not be regarded as a rule. Thus, we must adapt our actions and recommendations to the individual characteristics of each patient.

Key words: hypertension, masked hypertension, white coat hypertension

Recibido: 2014-05-04 00:09:33
Aprobado: 2014-05-05 11:28:12

Correspondencia: Yanier Coll Muñoz. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. yanier.coll@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El manejo de la hipertensión arterial (HTA) sigue constituyendo un punto de mira para los médicos y el personal de la salud, con el objetivo de lograr el control integral y la prevención de complicaciones en su evolución.

La hipertensión arterial es la condición más común en la Atención Primaria de Salud y favorece la aparición de: infarto agudo del miocardio, accidentes vasculares encefálicos, insuficiencia renal e incluso, la muerte, si no es detectada de manera temprana, y tratada de forma apropiada, según las mejores evidencias.[1]

La prevalencia de la HTA a nivel mundial se sitúa alrededor de un 30-45 % de la población general, con un marcado aumento a edades más avanzadas

DESARROLLO

La HTA se define como una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg; según la evidencia derivada de diversos estudios en pacientes con estos valores de presión arterial (PA), las reducciones inducidas por tratamiento farmacológico son beneficiosas, por lo que se continúa utilizando la misma clasificación para la HTA en jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos, definiendo las etapas de: presión arterial óptima, normal, normal alta, los grados 1, 2 y 3 y la hipertensión arterial sistólica aislada.[2]

Durante la evaluación inicial de un paciente con HTA se debe:[3]

a) confirmar el diagnóstico de HTA.
b) detectar las causas de la HTA secundaria.
c) evaluar riesgo cardiovascular, daño orgánico y entidades clínicas concomitantes.

Para ello se necesita determinar la PA y la historia médica que incluya historia familiar, exámen físico, pruebas de laboratorio y pruebas diagnósticas adicionales.

Algunas de estas pruebas son necesarias para todos los pacientes y otras, solo en grupos específicos.

La PA en consulta es generalmente más alta que la presión ambulatoria o automedida. La automedición en domicilio (AMPA) y la monitorización ambulatoria de PA (MAPA) de 24 h cobran gran protagonismo; la PA ambulatoria es un predictor más sensible del riesgo de eventos cardiovasculares, como las complicaciones coronarias mórbidas o mortales y la enfermedad cerebrovascular, se correlacionan mejor con lesión orgánica y son superiores en la estimación de la morbimortalidad cardiovascular.[3]

La mayor ventaja de la PA monitorizada fuera de la consulta, es que se puede obtener un gran número de mediciones lejos del ambiente médico que, comparadas con la PA en consulta, representan con mayor fiabilidad la PA real.[4-6]

En la valoración de los resultados de la monitorización ambulatoria de la presión arterial, los promedios de la presión arterial diurna, nocturna y de 24 h, son las variables más utilizadas en la práctica clínica.

La prevalencia de la HTA enmascarada, se sitúa en el 13 % en los estudios poblacionales.[7] Hay varios factores que pueden influir en la elevación de la PA fuera de consulta respecto a la PA en consulta: ser joven, varón, fumador, el consumo de alcohol, la actividad física, la HTA inducida por el ejercicio, la ansiedad, el estrés laboral, la obesidad, la diabetes mellitus (DM), la enfermedad renal crónica (ERC) y la historia familiar de HTA. Además, su prevalencia puede ser mayor cuando la PA en consulta está en la franja normal alta. La HTA enmascarada se asocia frecuentemente con otros factores de riesgo, daño orgánico asintomático y mayor riesgo de DM e HTA persistente.[7]

En pacientes diabéticos, la HTA enmascarada se asocia a aumento del riesgo de nefropatía, sobre todo cuando la subida de la PA ocurre fundamentalmente por la noche.[8]

Los cambios en el estilo de vida deben estar en la base del manejo de la HTA, aunque no deben retrasar el inicio del tratamiento farmacológico. Se incorporan algunas novedades sobre la dieta, entre las que destacan: la necesidad de políticas de salud pública para reducir la sal de los alimentos, (con la participación de gobiernos, industria alimentaria y público en general), consejos sobre dieta mediterránea con frutas y verduras a diario, y pescado al menos dos veces por semana; datos que indican que la leche de soja parece que reduce la PA si se comparan con los efectos de la leche de vaca desnatada, o que no hay evidencia definitiva para prohibir el café en los hipertensos. Se recalca la importancia de la abstinencia absoluta del tabaco, por su efecto

vasoconstrictor.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se insiste en que los cinco principales grupos: diuréticos (tanto tiazídicos como indapamida y clortalidona), los beta-bloqueadores, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) pueden utilizarse para inicio o mantenimiento del tratamiento, en monoterapia o combinación. Respecto al aliskirén, único inhibidor directo de la renina comercializado, y también el único antihipertensivo nuevo desde la Guía de 2007, no se incorpora a las recomendaciones, pues los datos disponibles son solo de eficacia antihipertensiva y de efecto favorable sobre marcadores de daño orgánico, pero no de morbimortalidad cardiovascular o renal en hipertensos.[9]

De forma general, en relación a las Nuevas Guías Europeas de Hipertensión Arterial, destacamos los siguientes aspectos:[3]

1. Mayor importancia a la utilidad pronóstica de la automedición de la presión arterial (AMPA) y de su papel para el diagnóstico y el manejo de la HTA, que se acerca a la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA).
2. Actualización del significado pronóstico de la PA nocturna, la HTA de bata blanca y la HTA enmascarada.
3. Mayor énfasis en la integración de PA, factores de riesgo cardiovascular (CV), daño orgánico asintomático y complicaciones clínicas para la evaluación total del riesgo CV.
4. Actualización del significado pronóstico del daño orgánico asintomático, incluido corazón, vasos sanguíneos, riñones, ojos y cerebro.
5. Reconsideración del riesgo del sobrepeso y de los objetivos para el índice de masa corporal (IMC) en la HTA.
6. HTA en personas jóvenes.
7. Instauración del tratamiento antihipertensivo: más criterios basados en la evidencia y no tratar en caso de PA normal alta.
8. Nivel de PA que requiere tratamiento: más criterios basados en la evidencia y objetivos unificados para la presión arterial sistólica (PAS), < 140 mm Hg, para pacientes tanto de alto como de bajo riesgo CV.
9. Estrategia más liberal en la monoterapia inicial, sin objetivos estrictos para todas las categorías.
10. Revisión del esquema de tratamiento combinado con dos fármacos.
11. Nuevos algoritmos de tratamiento para alcanzar los objetivos de PA.
12. Ampliación del capítulo dedicado a las estrategias terapéuticas en entidades especiales.
13. Revisión de las recomendaciones sobre el tratamiento de la HTA en el anciano.
14. Tratamiento farmacológico para el octogenario.
15. Atención especial a la HTA resistente y nuevas estrategias de tratamiento.
16. Mayor atención al tratamiento guiado por el daño orgánico.
17. Nuevas estrategias para el manejo crónico de la enfermedad hipertensiva.

En general, en la HTA de bata blanca se recomiendan cambios en el estilo de vida y controles frecuentes mediante monitorización ambulatoria, dejando el tratamiento médico solo para los pacientes con HTA de bata blanca y de alto riesgo o daño de órgano diana. En cambio, para los pacientes con HTA enmascarada se recomienda realizar desde el principio cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico, ya que la HTA enmascarada conlleva un pronóstico muy similar al de la HTA presente, dentro y fuera de la consulta.

La HTA resistente se define como una PA > 140/90 en tratamiento con tres o más fármacos (uno de ellos un diurético, sin necesidad de que sea un antialdosterónico) y adecuadas medidas higiénico-dietéticas. La guía señala que se debe estudiar a estos pacientes en unidades de HTA especializadas para descartar causas de falsa resistencia.

La estimulación del seno carotídeo mediante la implantación subcutánea de un generador de estímulos y un electrodo aplicado sobre el seno carotídeo, produce una reducción de la PA muy marcada y persistente y con pocos efectos secundarios, el escaso número de enfermos incluidos en estos estudios hace que no se puedan obtener conclusiones consistentes.[2]

Ha llamado mucho la atención, por sus implicaciones prácticas, la simplificación de los objetivos de PA. En las directrices de 2007 se aconsejaban diferentes objetivos, algunos muy intensivos, para diversas situaciones clínicas. Ahora se simplifican: el objetivo recomendado pasa a ser < 140/90 mm Hg para casi todos los pacientes, con algunas excepciones que a continuación se detallan. Esto parece lógico, pues no hay duda de que los pacientes con cifras > 140/90 mm Hg tienen mayor riesgo de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y enfermedad cerebrovascular.

La razón de este cambio es que parece haberse abandonado por fin el paradigma de: cuánto más baja, mejor; y se ha pasado a defender la curva en J de la relación entre las cifras de PA diastólica y sistólica, y las complicaciones cardiovasculares relacionadas con la HTA.

Las excepciones principales son dos: en la diabetes mellitus se recomienda un dintel de PA diastólica < 85 mm Hg y en los ancianos se consideran aceptables cifras de PA sistólica entre 140 y 150 mm Hg aunque, en función del estado de salud física y mental y de la tolerancia al tratamiento, puede perseguirse el dintel usual (< 140 mm Hg).[9]

En cuanto al 8 JNC y en relación a sus recomendaciones, debemos destacar algunas que en la práctica pudieran traer modificaciones desde el punto de vista de objetivos de tratamiento.[1,10]

En el manejo de los hipertensos mayores de 60 años se debe iniciar tratamiento con PA ≥150/90 para mantener una PA menor que 150/90; en los menores de 60 años iniciar tratamiento con TA≥ 140/90 teniendo como objetivo valores por debajo de este valor, al igual que en los pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus mayores de 18 años. Para el inicio del tratamiento se recomienda de forma general iniciar con diuréticos tiazídicos, inhibidores de la angiotensina (IECA), anticálcicos (ACa) o bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARA II), para los de la raza negra iniciar con diuréticos y anticálcicos, y en los pacientes con enfermedad renal crónica, iniciar con inhibidores de la angiotensina, anticálcicos o bloqueadores de los receptores de angiotensina.

Si después de transcurrir un mes de haber iniciado el tratamiento no se logran los niveles óptimos, se deben incrementar las dosis iniciales o adicionar una segunda opción farmacológica, para estos casos no se recomienda el uso combinado de IECA y ARA II.

No es aconsejable el uso inicial de beta-bloqueador, aunque en nuestra opinión depende de las comorbilidades asociadas.[1]

En opinión de los autores de este trabajo, existen aspectos en el manejo de los pacientes hipertensos que aún son discutibles, y aunque los resultados de diferentes estudios aporten las evidencias actuales, la conducta ante este grupo de pacientes sigue siendo compleja e interdisciplinaria, con especial énfasis en las modificaciones del estilo de vida, momento del inicio del tratamiento, medicamentos a elegir como de primera línea, objetivos del tratamiento, en especial, en los grupos de mayor peligro y con asociación de otros factores de riesgo cardiovasculares y enfermedades vasculares y sistémicas.

CONCLUSIONES

Las nuevas guías para el manejo de la HTA de las diferentes sociedades y grupos son de utilidad para los profesionales, no obstante, no pueden constituir una regla, debiendo adecuar nuestra actuación y las recomendaciones: a las características individuales de los pacientes, sus comorbilidades, la estratificación de riesgo, la adherencia al tratamiento, sin olvidar la condicionales psicológicas y sociales que influyen decisivamente en la evolución clínica de los pacientes hipertensos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2013; . doi:10.1001/jama.2013.284427

2. Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank JK, Dillon MJ, Ferreira I, Invitti C, et al. Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension. J Hypertens. 2009;27(9):1719-42

3. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension:the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2013;34(28):2159-219

4. O'Brien E, Asmar R, Beilin L, Imai Y, Mancia G, Mengden T, et al. . Practice guidelines of the European Society of Hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement. J Hypertens. 2005;23(4):697-701

5. O'Brien E, Parati G, Stergiou G, Asmar R, Beilin L, Bilo G, et al. European Society of Hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring. J Hypertens. 2013;31(9):1731-68

6. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, de Leeuw P, Imai Y, et al. European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring. J Hum Hypertens. 2010;24(12):779-85

7. Fagard RH, Cornelissen VA. Incidence of cardiovascular events in white-coat, masked and sustained hypertension versus true normotension: a meta-analysis. J Hypertens. 2007;25(11):2193-98

8. Wijkman M, Lanne T, Engvall J, LindstromT, Ostgren CJ, Nystrom FH. Masked nocturnal hypertension: a novel marker of risk in type 2 diabetes. Diabetología. 2009;52(7):1258-64

9. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC/ESH 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Un informe del Grupo de Trabajo del Comité de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2013;66(11):842-7

10. Morales Salinas A. El uso de los beta-bloqueadores y el Eighth Joint National Committee. Finlay [revista en Internet]. 2014;4(1):[aprox. 4p]. Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/250/1214