

# Hipertensión en adultos

Recomendaciones más recientes de NICE con información relevante para los médicos de atención primaria

24

34



*Autor: Rebecica J Boffa, Margaret Constanti Christopher N Floyd y col. BMJ 2019;367:l5310*

**INDICE:** 1. Texto principal | 2. Referencias bibliográficas

Texto principal

## Lo que es necesario saber

- Discutir el tratamiento con el paciente con hipertensión en etapa 1 y el riesgo de enfermedad cardiovascular  $\geq 10\%$  a los 10 años.
- La elección del tratamiento con medicamentos antihipertensivos debe tener en cuenta las preferencias del paciente; en apoyo de esto se ha desarrollado una nueva herramienta que ayuda en la decisión.
- Mantener constantemente la presión arterial por debajo del nivel objetivo, y no apuntar a un objetivo.
- Los objetivos de presión arterial existentes no se han reducido; con la evidencia actual no se pudieron determinar por completo los beneficios y daños de alcanzar objetivos más bajos.
- La hipertensión grave, asintomática ( $\geq 180/120$  mmHg) no requiere la misma evaluación especializada el mismo día, pero se deben hacer estudios para detectar el daño de órganos diana, lo antes posible.
- La guía actual hace recomendaciones para las personas con diabetes tipo 2.

## Introducción

La hipertensión es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad mundial. La última guía del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) hace recomendaciones para el diagnóstico y manejo de la hipertensión. El alcance de esta guía actualizada es mayor e incluye también recomendaciones para personas con diabetes tipo 2, no así para personas con enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular establecida o hipertensión gestacional.

Los cambios clave para la práctica actual incluyen el tratamiento farmacológico para las personas con un umbral inferior al del riesgo de enfermedad cardiovascular a los 10 años, énfasis en mantener la presión arterial por debajo del objetivo y aclarar los criterios para el chequeo especializado en el día para las personas con hipertensión maligna.

## Diagnóstico de hipertensión

*El diagnóstico de hipertensión implica el control de las cifras de presión arterial inicial en el consultorio seguida de mediciones en el hogar para confirmar el diagnóstico.*

La guía anterior recomendaba medir la presión arterial en ambos brazos, y repetir la medición si la diferencia es de 20 mmHg entre ambos brazos. Esta actualización ha reducido este corte a **15 mmHg**, basada en la evidencia que sugiere que incluso una pequeña diferencia entre ambos brazos podría estar asociada con un riesgo mayor de enfermedad coronaria o daño vascular.

## Tratamiento de la hipertensión

### *Intervenciones en el estilo de vida*

Se recomiendan intervenciones en el **estilo de vida** para personas con hipertensión arterial. Si la presión arterial no se reduce suficientemente con estas intervenciones solas, comenzar la medicación, combinada con intervenciones del estilo de vida, teniendo en cuenta las necesidades del paciente.

### **Intervenciones en el estilo de vida (no actualizadas)**

- Aconsejar sobre el estilo de vida a las personas con sospecha o diagnóstico de hipertensión, al inicio y luego periódicamente.
- Interrogar sobre la dieta y los patrones de ejercicio, porque una dieta saludable y el ejercicio regular pueden reducir la presión arterial. Ofrecer orientación adecuada y materiales escritos o audiovisuales para promover cambios en el estilo de vida.
- Interrogar sobre el consumo de **alcohol** y fomentar una ingesta reducida si hay sobrepeso o la persona bebe en exceso.
- Desalentar el consumo excesivo de **café** y otros productos ricos en cafeína.
- Alentar a la ingesta reducida de Na, reduciendo o sustituyendo la sal de Na, ya que esto puede reducir la presión arterial
- No indicar suplementos de **calcio, magnesio o potasio** como método para reducir la presión arterial
- Ofrecer consejos y ayuda a los **fumadores** para que dejen de fumar.
- Informar sobre iniciativas locales, como los equipos de atención médica o grupos de apoyo y promoción de cambios del estilo de vida.
- Las recomendaciones para terapias de relajación se **eliminaron** de la guía por falta de evidencia actual a su favor.

### **Inicio del tratamiento con medicamentos antihipertensivos.**

Discutir las **preferencias** del paciente para recibir tratamiento o no, y usar el criterio clínico al considerar el tratamiento para personas con fragilidad o multimorbilidad.

- Indicar tratamiento a todas las personas con hipertensión en la **etapa 2** (160/100-179/119 mmHg).
- Para aquellos con hipertensión en **etapa 1** (140/90-159/99 mmHg), la evidencia de ensayos aleatorizados mostró un beneficio del tratamiento, y los modelos económicos para la salud mostraron que el tratamiento de personas con hipertensión en etapa 1, el costo en relación al riesgo de enfermedad cardiovascular tiene una eficacia del 10% debido a la reducción de los eventos cardiovasculares, por lo tanto:

> Discutir el inicio del tratamiento con medicamentos antihipertensivos, además del consejo sobre el estilo de vida, en adultos <80 años con hipertensión persistente en etapa 1 que tienen  $\geq 1$  de los siguientes:

- daño de órganos diana;
- enfermedad cardiovascular establecida;
- enfermedad renal;
- diabetes;
- riesgo estimado de enfermedad cardiovascular  $\geq 10\%$ , a los 10 o más años.

*(Recomendación actualizada) [Basada en datos de ensayos aleatorizados de baja calidad y de modelos económicos originales]*

> Considerar el tratamiento con **medicamentos antihipertensivos** además del consejo sobre el estilo de vida, para los adultos <60 años con hipertensión en etapa 1 y riesgo estimado <10%, a los 10 años. Tener en cuenta que el riesgo cardiovascular a los 10 años puede subestimar la probabilidad de desarrollar enfermedad cardiovascular de por vida. *[Basado en datos no aleatorizados de muy baja calidad, la experiencia y opinión de la comisión de la guía, y sobre modelos económicos originales].*

## Definiciones

### ***Enfermedad cardiovascular establecida***

Historial médico de ACV o AIT, ataque cardíaco, angina, estrechez de arterias periféricas o, un procedimiento intervencionista. La enfermedad cardiovascular es un término general para afecciones cardíacas o vasculares. Generalmente se asocia con

acumulación de depósitos grasos endoarteriales (aterosclerosis) y mayor riesgo de coágulos sanguíneos.

También se puede asociar con daño de las arterias de órganos como el cerebro, corazón, riñones y ojos, por el depósito de material vítreo dentro de las paredes arteriales (arteriosclerosis). La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de muerte pero se puede prevenir llevando un estilo de vida saludable.

### ***Etapa 1 de hipertensión***

Presión arterial en la clínica entre 140/90 mmHg y 159/99 mmHg y posteriormente, presión arterial promedio durante el día en el hogar o en el monitoreo ambulatorio, de 135/85 mmHg a 149/94 mmHg.

### ***Etapa 2 de hipertensión***

Presión arterial en la clínica  $\geq 160/100$  mmHg pero  $< 180/120$  mmHg y presión arterial ambulatoria promedio durante el día en el hogar  $\geq 150/95$ .

### ***Etapa 3 o hipertensión grave***

Presión arterial sistólica en la clínica  $\geq 180$  mmHg o presión arterial diastólica en la clínica  $\geq 120$  mmHg.

### ***Daño de órganos blanco***

Daño orgánico: corazón, cerebro, riñones y ojos. Ejemplos: hipertrofia ventricular izquierda, enfermedad renal crónica, retinopatía hipertensiva o aumento de la proporción de albúmina urinaria:creatinina.

### ***Hipertensión acelerada***

Aumento severo de la presión arterial  $\geq 180/120$  mmHg (y a menudo  $> 220/120$  mmHg) con signos de hemorragia retiniana y/o papiledema (edema del nervio óptico). Suele asociarse con daño de órgano blanco nuevo o progresivo; también se conoce como hipertensión maligna.

## **Elección del medicamento antihipertensivo y cifras objetivo de presión arterial**

En el Reino Unido se ha desarrollado una nueva ayuda para facilitar las discusiones con los pacientes sobre los diferentes tipos de tratamiento, teniendo en cuenta factores como efectos secundarios, contraindicaciones y cantidad de comprimidos que deben tomarse diariamente. La evidencia para iniciar el tratamiento antihipertensivo con **terapia dual** es insuficiente.

Con respecto a los **objetivos** de presión arterial, algunas guías internacionales han reducido sus objetivos, siguiendo los lineamientos de los ensayos multicéntricos SPRINT y ACCORD realizados en EE. UU. Ambos ensayos compararon el objetivo

terapéutico de presión arterial sistólica de **140 mmHg** con objetivos más intensivos, de **120 mmHg**. Ambos ensayos incluyeron personas con enfermedad cardiovascular establecida y enfermedad renal crónica, por lo tanto, no son completamente aplicables a la guía de NICE.

Un análisis de subgrupos de SPRINT, que excluyó a personas con enfermedad renal crónica, halló beneficio en los objetivos más bajos de la presión arterial para las personas sin diabetes tipo 2, en términos de reducción de la mortalidad y de eventos cardiovasculares. Sin embargo, el objetivo de presión arterial más bajo también se asoció con **mayor riesgo de daño** (por ej., lesión renal aguda e hipotensión).

Un análisis de subgrupos de ACCORD, que excluyó a personas con enfermedad cardiovascular, tampoco halló beneficio de un objetivo más bajo de presión arterial para personas con diabetes tipo 2.

Por lo tanto, las recomendaciones están centradas en reducir y mantener la presión arterial por debajo del objetivo actual de **140 mmHg**, durante el monitoreo posterior, ya que ese objetivo no logra en casi el 35% de las personas.

- Reducir la presión arterial en la clínica por debajo de **140/90 mmHg** y mantener ese nivel en adultos <80 años hipertensos.
- Reducir la presión arterial en la clínica por debajo de **150/90 mmHg** y mantener ese nivel en adultos >80 años con hipertensión. (*Recomendación actualizada*)

## Monitoreo de la presión arterial

Las personas con hipertensión necesitan revisión y monitoreo para evaluar su respuesta al tratamiento y asegurar que su presión arterial permanece por debajo del objetivo. Actualmente se recomienda "reducir la presión arterial en la clínica por debajo del objetivo", en lugar de "apuntar al objetivo" como lo recomienda la guía de 2011.

La evidencia para recomendar fuertemente el monitoreo domiciliario de la presión arterial fue insuficiente, por lo tanto, se recomienda el uso de monitoreo domiciliario para las personas que eligen el autocontrol de la presión sanguínea. La evidencia sobre el telemonitoreo es limitada, y no se halló ningún beneficio adicional. Como resultado, no se recomienda.

- Utilizar las mediciones de la presión arterial en la clínica para controlar la respuesta a los cambios en el estilo de vida o el tratamiento farmacológico

- Aconsejar a quienes se deciden autocontrolarse la presión arterial que usen el monitoreo domiciliario.

- Además de las mediciones de la presión arterial en la clínica, considerar el monitoreo ambulatorio o domiciliario para las personas con hipertensión que presentan hipertensión de guardapolvo blanco o hipertensión enmascarada. *[Basado en evidencia de baja a muy baja calidad y basada en la experiencia y opinión de la Comisión de la guía].*

### ***¿Qué pacientes deben ser referidos para un chequeo especializado en el día?***

La hipertensión grave asintomática ( $\geq 180/120$  mmHg) no requiere la revisión especializada en el día. Para estos pacientes, la guía anterior recomendaba el tratamiento inmediato, independientemente de otros signos y síntomas.

Sin embargo, la derivación de *todos* en función de la presión arterial solo puede resultar en un gran volumen de personas referidas a emergencias, cuando solo una pequeña proporción presenta hipertensión acelerada (o maligna) con amenaza de vida.

Para muchos médicos no está claro cuáles son los pacientes con presiones arteriales extremas que deben ser derivados con urgencia al nivel de atención secundaria. Por lo tanto, la guía actualizada ha aclarado los **criterios para derivar** a aquellos que requieren comenzar un tratamiento inmediato en la comunidad vs. los que requieren la revisión especializada el mismo día (incluidos aquellos con hipertensión acelerada, sospecha de feocromocitoma o síntomas que amenazan la vida).

### **Identificación de la hipertensión acelerada: evaluación en el día**

- Referir a las personas para una evaluación especializada realizada el mismo día, si tienen una presión arterial en la clínica  $\geq 180/120$  mmHg con signos de hemorragia retiniana o papiledema (hipertensión acelerado) o síntomas que amenazan la vida, como confusión de inicio reciente, angor, signos de insuficiencia cardíaca o lesión renal aguda

- Si una persona tiene hipertensión severa ( $\geq 180/120$  mmHg) pero no hay síntomas o signos que justifiquen la derivación el mismo día, hacer estudios de daño de órganos blanco lo antes posible:

- Si se identifica daño en el órgano blanco, comenzar tratamiento farmacológico antihipertensivo inmediato, sin esperar los resultados del monitoreo ambulatorio de la presión arterial en el hogar.
- Si no se identifica daño en un órgano diana, repetir la medición de la presión

arterial en la clínica dentro de los 7 días.

- Referir a las personas para una evaluación especializada el mismo día, si se sospecha feocromocitoma (por ej., hipotensión lábil o postural, cefalea, palpitaciones, palidez, dolor abdominal o diaforesis)

Estas recomendaciones actualizadas reflejan que las investigaciones para detectar el daño a los órganos diana pueden ser realizadas rápidamente por no especialistas, con el fin de ayudar a la toma de decisiones y determinar quién puede necesitar una derivación o tratamiento urgentes.

Falta evidencia en esta área, por lo tanto, las recomendaciones se basaron en el consenso. El Comité tuvo en cuenta las ventajas y desventajas de la derivación el mismo día y el equilibrio entre identificar a las personas que necesitan tratamiento urgente y el uso innecesario de recursos.

## **Implementación**

Si el objetivo es reducir el riesgo cardiovascular iniciando tratamiento según el umbral en aquellos con hipertensión en etapa 1, habrá más personas que requieran tratamiento y monitoreo, aunque los datos sugieren que casi la mitad de los que recientemente iniciaron tratamiento ya lo estaban recibiendo en atención primaria. El tratamiento de más pacientes requerirá consultas adicionales en atención primaria, pero dará lugar a un menor número de eventos cardiovasculares.

Para implementar el monitoreo ambulatorio de la presión arterial que ahora no se hace, se necesitará mayor inversión (a pesar de ser una recomendación de la guía anterior). La evidencia clínica y económica muestra que el monitoreo ambulatorio de la presión arterial ahorrará costos a largo plazo a través de una mejor precisión diagnóstica, evitando así medicamentos innecesarios para aquellos diagnosticados erróneamente como hipertensos, y evitando eventos cardiovasculares en aquellos diagnosticados erróneamente como normotensos. El comité de pautas reconoce que los costos y ahorros no siempre recaen en la misma configuración (atención primaria versus atención secundaria).