MANEJO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

La presión arterial (PA) elevada desde niveles superiores a 120/80 mmHg es el principal factor de riesgo de enfermedad y muerte en el mundo.

Para la medición de la PA el paciente debe estar cómodamente sentado y en un ambiente relajado durante cinco minutos antes de la medición.

Se realizarán tres mediciones separadas por 1-2 minutos, se realizará alguna medición adicional si entre alguna de las lecturas hay una diferencia en la PA sistólica > 10 mmHg. se considerará como resultado la media de las dos últimas lecturas.

En pacientes con arritmias, particularmente fibrilación auricular (FA), se realizarán medidas adicionales y se considerará el uso de la técnica auscultatoria clásica.

El manguito estándar, útil para la mayoría de los pacientes, medirá 12-13 cm de ancho y 35 cm de largo; se dispondrá de manguitos de talla más grande y más pequeña según el grosor del brazo del paciente.

El brazo donde se realiza la medición debe estar apoyado, relajado y el manguito a la altura del corazón, debe tener el brazo al descubierto y sin nada que lo ajuste.

La PA se medirá en ambos brazos en la primera visita para detectar posibles diferencias, se utilizará como referencia el brazo donde la PA sea más elevada.

Después de las mediciones en posición sentada se medirá la PA tras 1-3 minutos de bipedestación, para detectar hipotensión ortostática (caída de 20 o 10 mmHg en la PA sistólica/diastólica, respectivamente), esta maniobra se realizará en la primera visita a todos los pacientes, y en visitas sucesivas en pacientes con condiciones en las que la hipotensión ortostática es frecuente, como edad avanzada, diabetes o enfermedad de Parkinson.

Se debe registrar la frecuencia cardiaca y palpar el pulso para valorar arritmia.

La medición de la PA no solo se tiene que restringir a la consulta médica. la medición en el entorno domiciliario (MAPA/AMPA), aportan información valiosa para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

El MAPA es la técnica más reproducible, el costo y la falta de disponibilidad limitan su uso.

La AMPA, por su sencillez y accesibilidad es el método preferido para el seguimiento de los pacientes crónicos. El control en las farmacias son alternativas.

La PA para la clasificación se basará en la media de dos o más lecturas, en dos o más ocasiones, separadas 1-2 semanas, siguiendo las recomendaciones estandarizadas para medición correcta.

**Situaciones especiales**: Las personas con cifras de PA Normal-alta, o con HTA de bata blanca, tienen un riesgo más elevado de evolucionar a HTA sostenida, además de la posibilidad de presentar algún otro Factores de Riesgos Cardiovasculares (FRCV) o Lesión de Órganos Diana (LOD). Por lo que deben incluirse en el protocolo de seguimiento de la HTA, con al menos una visita anual de seguimiento con medidas de la PA dentro y fuera de la consulta, la valoración del seguimiento del cambio en los estilos de vida y la evaluación clínica que pudieran hacer cambiar la actitud terapéutica.

Se recomienda tomar decisiones clínicas en el manejo de la HTA a través de valores de PA ambulatorios, siempre que sea posible, son considerados mejor predictor de la mortalidad total y cardiovascular. Esto es especialmente importante en el caso de la HTA de bata blanca, la HTA enmascarada y la HTA nocturna, en las que las medidas en consulta no tienen utilidad ya que solo pueden ser detectadas mediante AMPA/MAPA. Por eso, el diagnóstico y seguimiento correctos tanto de la HTA de bata blanca como de la enmascarada y de la HTA nocturna sería a través de MAPA.

La evaluación, control y/o derivación no se realizará con una sola determinación (salvo valores de PAS/PAD ≥180/110 mmHg), sino que se requieren al menos 2-3 visitas en intervalos de 1 a 4 semanas (según nivel de PA y FRCV).

**CLASIFICACION DE LA HTA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PA en consulta** | | | | | |
| **Categoría de PA** | | **PAS** | | | **PAD** |
| PA óptima | | < 120 mmHg | | | < 80 mmHg |
| PA normal | | 120-129 mmHg | | | 80-84 mmHg |
| PA normal-alta | | 130-139 mmHg | | | 85-89 mmHg |
| HTA grado 1 | | 140-159 mmHg | | | 90-99 mmHg |
| HTA grado 2 | | 160-179 mmHg | | | 100-109 mmHg |
| HTA grado 3 | | ≥ 180 mmHg | | | ≥ 110 mmHg |
| HTA sistólica aislada | | ≥ 140 mmHg | | | < 90 mmHg |
| **PA fuera de la consulta** | | | | | |
| **Monitorización ambulatoria de la PA (MAPA)** | | | | | |
| Media diurna (actividad) | | | ≥ 135 mmHg | ≥ 85 mmHg | |
| Media nocturna (sueño) | | | ≥ 120 mmHg | ≥ 70 mmHg | |
| Media 24 horas | | | ≥ 130 mmHg | ≥ 80 mmHg | |
| **Automedición de la PA (AMPA)** | | | | | |
| Automedición domiciliaria | ≥ 135 mmHg | | | ≥ 85 mmHg | |

**Clasificación de las crisis hipertensivas**

|  |  |
| --- | --- |
| **EMERGENCIAS** | **URGENCIAS** |
| Encefalopatía hipertensiva | Crisis asintomáticas idiopáticas |
| Edema agudo de pulmón | HTA acelerada no complicada |
| Accidente cerebro vascular | HTA en cardiopatía isquémica |
| Aneurisma disecante de aorta | HTA en insuficiencia cardíaca |
| Insuficiencia renal aguda | HTA en trasplantados renales |
| HTA acelerada complicada | HTA en período preoperatorio y postoperatorio |
| Traumatismo craneoencefálico | HTA en quemados |
| Eclampsia |  |

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONDICION** | **LUGAR DONDE DERIVAR** |
| Urgencias y Emergencias Hipertensivas | Servicios de 3er nivel |
| Sospecha de HTA secundaria | Especialistas (clínico o Cardiólogo) |
| HTA asociada a IRC (creatinina > 1,5 mg/dl o aclaramiento de creatinina < 50 ml/min o proteinuria > 0,5 g/día) | Especialistas (Nefrólogo), 3er. nivel. |
| HTA asociada con diabetes. (creatinina  > 1,3 mg/dl o proteinuria > 0,3 g/día) | Servicios de: 2do. o 3er. nivel |
| HTA refractaria o resistente | Al Especialista (Clínico o Cardiólogo) |
| HTA durante el embarazo | Servicios de 3er. nivel. |
| Sospecha de HTA de “bata blanca”, HTA enmascarada y la HTA nocturna. | Servicios de 2do. nivel. |
| HTA controlada, con 2 o 3 medicamentos, pero con 2 o 3 FRC asociados, alterados | Servicios de 2do. nivel. |
| HTA no controlada con 2 drogas después de 3 meses, y 2 o más FRCV asociados o con lesión de órganos blancos. | Servicios de 2do. o 3er nivel. |
| HTA resistente, con daño de órgano blanco y 2 o más FRCV asociados, | Servicios de 3er nivel. |

**Estudios auxiliares de diagnósticos según nivel de complejidad de los Servicios**

**1er nivel**. Aparato de medición de PA, glucómetro, cinta métrica y balanza.

**2do nivel**. Aparato de medición de PA, glucómetro, cinta métrica, balanza, ECG, MAPA y laboratorio de rutina.

**3er nivel.** Aparato de medición de PA, glucómetro, cinta métrica, balanza, ECG, laboratorio de rutina, Ecocardiografo, MAPA, Holter.

**Dr. Abdón Villamayor Barreto**

**Director PNPC – 07/07/2023**