

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

Unidad 1. Hipertensión arterial. Detección, manejo y registro en la Historia Clínica Digital (DIRAYA).

Autores

Gamero Merino, María Luisa

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Directora UGC Urgencias Aljarafe. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

Ramos Guerrero, Antonio Javier

Facultativo Especialista Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios. Sevilla.

La HTA es el factor de riesgo más importante, después de la edad, para el ictus tanto isquémico como hemorrágico. La población hipertensa tiene asociados con mayor frecuencia otros factores de riesgo vascular, como el exceso de peso, el sedentarismo o el consumo excesivo de alcohol. El riesgo de ictus es entre tres y cinco veces superior entre los pacientes con HTA.

Actualmente se considera que una persona sufre HTA cuando la PAS es superior o igual a 140 mmHg o la PAD es igual o superior a 90 mmHg. A lo largo de los años estos límites se han ido corrigiendo, individualizando y reduciendo. No obstante, se considera que hay un incremento lineal del riesgo de ictus con el aumento de las cifras de presión arterial y a partir de cifras superiores a 115/75 mm/Hg.

Se estima que la HTA en España afecta aproximadamente al 46,8% de la población de entre 35-64 años según un estudio que evalúa prevalencia de HTA en países europeos, Canadá y Estados Unidos, mostrando una mayor prevalencia de HTA en Europa y un patrón similar para las tasas por muerte por ictus. En nuestro entorno la prevalencia se sitúa del 30-40% de la población adulta y del 68% en población mayor de 60 años. No hay dudas sobre los beneficios del tratamiento adecuado de la HTA sobre la reducción del riesgo vascular, a pesar de ello hay estudios que muestran que las personas que habían sufrido un ictus, no cumplían las recomendaciones referentes al tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en un porcentaje elevado. En nuestro medio el control deficiente de la HTA y la presencia de Hipertrofia ventricular izquierda se asocian significativamente con la mortalidad por ictus.

La nueva clasificación de la HTA, propuesta por la ACC/AHA 2017, establece 4 niveles con base en las cifras promedio de PA clínica: PA normal (PAS <120 y PAD < 80 mmHg), PA elevada (PAS 120-129 y PAD <80 mmHg), HTA grado 1 (PAS 130-139 o PAD 80-89 mmHg) y HTA grado 2 (PAS \geq 140 o PAD \geq 90 mm Hg). Los sujetos con PAS y PAD en distintas categorías se clasificaran en la categoría más alta. La PA para la clasificación se basará en la media de 2 ó más lecturas en 2 ó más ocasiones y siguiendo las recomendaciones para medidas de calidad. Esta nueva clasificación incrementa la

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

prevalencia de HTA en adultos frente a la definición del JNC 7 (46 frente a 32%) lo que supone un incremento del 14%, que se produce fundamentalmente a expensas de personas más jóvenes. Esto supone que la mayoría de los casos de nuevo diagnóstico serían subsidiarios de tratamiento no farmacológico con cambios de estilos de vida y que entre un 10 y un 15% de los casos de nuevo diagnóstico necesitarían tratamiento farmacológico.

El Proceso Asistencial Integrado de Riesgo Cardiovascular es un documento donde se recoge entre otras actividades, la detección mediante cribado de carácter oportunista (en otros casos mediante la búsqueda selectiva de casos), de personas con factores de riesgo vascular y/o enfermedad vascular conocida, aunque el mejor método para la detección de hipertensos es la determinación de las cifras de PA en cualquier paciente que acuda al sistema sanitario, debiendo confirmarse el diagnóstico de HTA mediante MAPA ó alternativamente, con la AMPA.

La toma de la PA en la consulta, se realiza con esfigmomanómetro homologado y validado, electrónico preferiblemente, en unas condiciones óptimas para evitar sesgos (habitación tranquila, reposo previo de 5 minutos, evitar las horas de digestión de comidas copiosas o toma de excitantes como cafeína o alcohol, evitar fumar y orinar previamente), con el paciente sentado, espalda apoyada y brazos a la altura del corazón, en ambos brazos, promediarse dos o más lecturas separadas por dos minutos (si hubiera una diferencia entre ellas de más 5 mm Hg deben obtenerse y promediarse lecturas adicionales).

El PAPPS 2018 recomienda la toma de PA:

- Hasta los 14 años: al menos una vez.
- 18-39 años: cada 3-5 años.
- >40 años o factores de riesgo para el desarrollo de HTA: cada año.
- Si PA \geq 140/90 mm Hg: proceder a la confirmación de HTA.

Una vez diagnosticada la HTA debemos proceder a su registro y codificación diagnóstica en la HCD (DIRAYA). Algunos de los CIE-9 propuestos más frecuentes son, entre otros:

- 401.9 HIPERTENSION ESENCIAL. NEOM
- 401.1 HIPERTENSION ESENCIAL. BENIGNA
- 401.0 HIPERTENSION ESENCIAL. MALIGNA
- 405.91 HIPERTENSION SECUNDARIA. NEOM. RENOVASCULAR
- 405.99 HIPERTENSION SECUNDARIA. NEOM. OTRA

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

▪ 769.2 TENSION ARTERIAL ELEVADA SIN HIPERTENSION

Una vez confirmado el diagnóstico de HTA procederemos a realizar el ESTUDIO INICIAL del hipertenso, con la finalidad de detectar causas de HTA secundaria, valorar LOD, indagar sobre la coexistencia de otros FRCV y estimar el RCV global para su abordaje integral. Este estudio incluye anamnesis con antecedentes familiares (HTA esencial o secundaria, muertes prematuras por ECV) y antecedentes personales (consumo de tabaco, alcohol, drogas o fármacos, hábitos alimenticios, ejercicio físico, otros FRCV, LOD), exploración física completa buscando fundamentalmente signos que orienten a posible causa secundaria de la HTA y exámenes complementarios: Hemograma, Bioquímica (glucosa en ayunas, perfil lipídico, iones, ácido úrico, función renal-creatinina y FG-), Orina con sedimento (proteinuria) y ECG de 12 derivaciones). En ocasiones es preciso la realización de Rx de Tórax, Fondo de ojo, Ecocardiografía, Eco-doppler, Ecografía abdominal, RMN cerebral.

Las modificaciones en el estilo de vida constituyen la base de la prevención y del tratamiento de la HTA y, consiguientemente de la reducción del RCV asociado. Las modificaciones de los estilos de vida en pacientes hipertensos que han mostrado reducir las cifras de presión arterial son: el abandono del hábito tabáquico, la reducción del peso en pacientes con obesidad, la moderación del consumo de alcohol, la actividad física moderada aeróbica, la reducción de la ingesta de sal y el incremento del consumo de frutas y verduras. Estas medidas son, además, útiles para controlar otros factores de riesgo cardiovascular.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se debe vincular el inicio en algunos pacientes no sólo con las cifras de PA sino también con el RCV individual de enfermedad aterosclerótica a 10 años calculado. Se debe considerar la situación integral del paciente, recordando siempre que el objetivo del tratamiento es reducir el riesgo de sufrir episodios cardiovasculares. Se deben combinar los cambios en el estilo de vida con el tratamiento farmacológico. En prevención secundaria se recomienda iniciar tratamiento farmacológico con cifras de PAS ≥ 130 o PAD ≥ 80 mm Hg. Este umbral también se recomienda en prevención primaria si el RCV es $\geq 10\%$ en 10 años. En caso de cifras de PAS ≥ 140 o PAD ≥ 90 mmHg también se recomienda iniciar tratamiento farmacológico en todos los casos.

En cuanto a los objetivos de la PA, se establece $< 130/80$ mmHg para pacientes con ECV o con RCV $\geq 10\%$ en 10 años con una CR I, mientras que en pacientes con ECV y con RCV $< 10\%$ en 10 años el objetivo $< 130/80$ mmHg se considera razonable (CR IIb).

Respecto a los fármacos, se recomienda como grupos de inicio diuréticos tiazídicos, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) y calcioantagonistas (CA). Todos los demás grupos, incluyendo betabloqueantes (BB), se consideran de segunda línea o reservados para pacientes con comorbilidades.

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

Los ARA II, los IECAs y los CA redujeron el riesgo de ictus frente a placebo un 21%, 28% y 38 % respectivamente según diferentes estudios publicados

Se recomienda como tratamiento inicial el uso de combinaciones de 2 fármacos en HTA grado 2 cuando los niveles de PAS o de PAD estén > 20/10 mmHg, respectivamente, por encima del objetivo. Las combinaciones consideradas más adecuadas son las de IECA o ARA II con diurético o CA, aunque las evidencias se consideran superiores para las primeras. Estas combinaciones además de mejorar el cumplimiento, permite el combinar fármacos con distinto mecanismo de acción hecho que proporciona un mejor control de la TA. Se debe evitar combinación de IECA y ARA II o cualquiera de estos con inhibidores directos de la renina.

Es también recomendable el seguimiento mensual de los pacientes desde el inicio del tratamiento hasta conseguir cifras objetivo, cuyas cifras pueden variar según las distintas situaciones clínicas.

En determinadas ocasiones se hace precisa la derivación a atención especializada: HTA en niños, HTA en adultos <40 años con HTA grave grado 2, HTA durante el embarazo, sospecha de HTA secundaria, ante una HTA refractaria, ante la sospecha de LOD suficientemente trascendente, todas las emergencias hipertensivas y en cualquier ocasión en que razonablemente, el Médico de Atención Primaria lo considere oportuno.

Bibliografía

- Navarro Moya FJ, Carnero Pardo C., Daponte Codina A., Del Río Urenda S., et al. Proceso Asistencial Integrado de Riesgo Vascular. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Sevilla. 2010. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af19570c6aaf_riesgo_vascular.pdf
- *Benítez Camps M., Dalfó Baqué A. Hipertensión arterial. Actualización en Medicina de Familia. SEMFyC. 2011. Actualizado en 2017, disponible en: [http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=1308&id=Principales\(4\).pdf](http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=1308&id=Principales(4).pdf)
- Hipertensión arterial. Guías clínicas Fisterra. 2011.
- Hipertensión arterial. SEMFyC. Barcelona. 2012.
- Manual de Hipertensión arterial en la práctica clínica de Atención Primaria. SAMFyC. 2006.
- Guía de actuación en Atención Primaria. Segunda edición. Sociedad Española de Medicina. Barcelona. 2002.
- Rotaeché del Campo R., Aguirrezabala Jaca JR., Balagué gea L., Gorroñoigoitia Iturbe A., Idarreta Mendiola I., et al. Guía de práctica clínica sobre Hipertensión arterial.

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

Servicio Vasco de Salud. Vitoria-Gasteiz. Actualización en 2007. Disponible en:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/primaria/hipertensionArterialResumen.pdf