



***National Institute for
Health and Clinical Excellence***

Guía de Consulta Rápida

Publicación: Junio 2006

Hipertensión: manejo de la hipertensión del adulto en Atención Primaria

Traducción al español: Dr. Rafael Molina. Grupos HTA
semFYC y SAMFyC. Granada. Julio 2006.

NICE clinical guideline 34 (Actualización Parcial de la NICE clinical guideline 18)
Esta Guía fué desarrollada por Newcastle Guideline Development and Research Unit;
la sección de prescripción de fármacos ha sido actualizada por la British
Hypertension Society y el National Collaborating Centre for Chronic Conditions

Hipertensión: manejo del hipertenso adulto en atención primaria (NICE clinical guideline 34)

Sustituye a la Guía Clínica NICE 18, publicada en Agosto de 2004.

La sección de tratamiento farmacológico de la hipertensión (págs. 8–9) ha sido actualizada en línea con los conocimientos actuales. Las páginas que contienen recomendaciones nuevas están bordeadas por una barra roja. El resto permanecen como en la Guía original. Esta actualización parcial ha sido elaborada por el National Collaborating Centre for Chronic Conditions y la British Hypertension Society. La Guía original la elaboró la Newcastle Guideline Development and Research Unit.

Atención Centrada en el Paciente

La atención y el tratamiento deberían tener en cuenta las necesidades y preferencias del paciente. Es esencial una buena comunicación, apoyada en una información basada en las pruebas existentes que permita a los pacientes decidir sobre el proceso asistencial. Los profesionales de la salud deberían abandonar la creencia de que el discutir las opiniones con el paciente es inapropiado.

**National Institute for
Health and Clinical Excellence**
MidCity Place
71 High Holborn
London
WC1V 6NA
www.nice.org.uk
ISBN 1-84629-222-0

© National Institute for Health and Clinical Excellence, June 2006. All rights reserved. This material may be freely reproduced for educational and not-for-profit purposes. No reproduction by or for commercial organisations, or for commercial purposes, is allowed without the express written permission of the Institute.

Esta guía está escrita en el siguiente contexto

Representa la opinión del Instituto, tras una revisión completa de la evidencia disponible. Los profesionales de la salud deberían tenerla en cuenta en su juicio clínico. La guía no tiene, sin embargo, primacía sobre la responsabilidad de los profesionales en las decisiones apropiadas a las circunstancias individuales del paciente que consulta.

Contenidos

Atención Centrada en el Paciente	2
Prioridades de Aplicación	4
Algoritmos decisorios en Hipertensión	5
Medida de la Presión Arterial	6
Estilo de Vida para reducir la Presión Arterial	7
Riesgo Cardiovascular	7
Tratamiento farmacológico	8
Continuación del tratamiento	10
Implementación	10
Información Adicional	11

Prioridades de Aplicación

Medida de la Presión Arterial

- Para identificar la hipertensión (elevación persistente de la presión arterial por encima de 140/90 mmHg), se debe invitar al paciente a volver, al menos, a dos consultas posteriores donde se valorará la tensión arterial con dos tomas y en las mejores condiciones posibles.
- El uso rutinario de medidas domiciliarias con aparatos de medición continua (holter) y aparatos de automedida domiciliaria en atención primaria no está actualmente recomendado debido a que sus valores no han sido adecuadamente establecidos; el uso rutinario en atención primaria queda pendiente de futuras investigaciones.

Intervenciones sobre Estilo de Vida

- Los consejos sobre estilo de vida deberían ser ofertados inicial y periódicamente a los hipertensos en la valoración ó tratamiento de la hipertensión.

Riesgo Cardiovascular

- Si persiste aumentada la presión arterial y el paciente no tiene enfermedad cardiovascular establecida, abordar con él la necesidad de valorar su riesgo cardiovascular. Las pruebas pueden ayudar a identificar diabetes, evidencia de daño hipertensivo en corazón y riñones, y causas de hipertensión secundario como la enfermedad renal
- Considerar la necesidad de investigación especializada de pacientes con signos y síntomas que sugieran hipertensión secundaria. La hipertensión acelerada (maligna) y la sospecha de feocromocitoma requieren derivación inmediata.

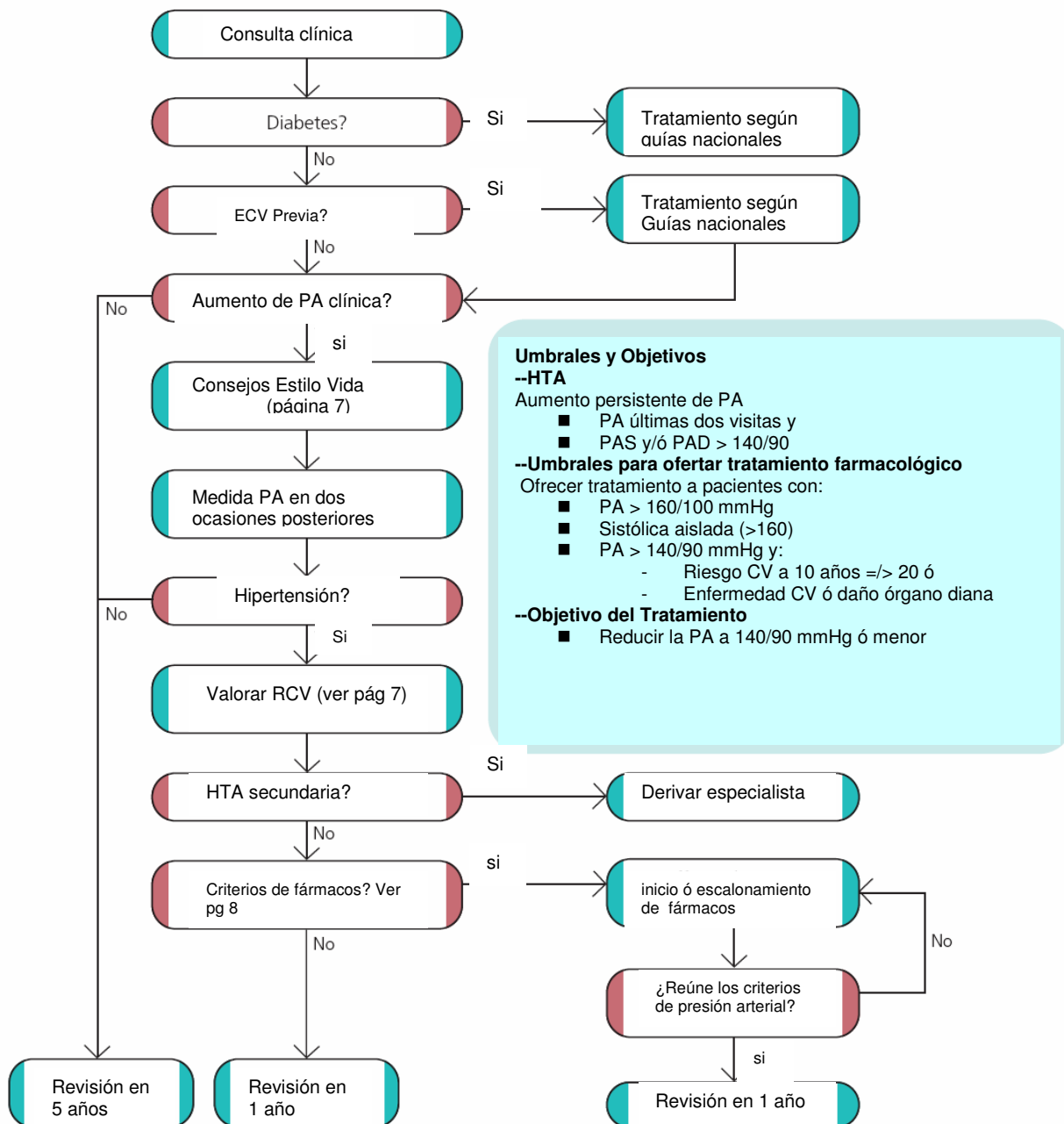
Intervenciones farmacológicas

- Los fármacos reducen el riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte. Aplicar en:
 - pacientes con 160/100 mmHg ó más
 - pacientes con riesgo cardiovascular aumentado (riesgo de enfermedad CV a 10 años del 20% ó mayor, ó enfermedad CV ó daño en órganos vulnerables (diana)) con presiones mayores de 140/90 mmHg.
- En hipertensos mayores de 55 años ó negros de cualquier edad, la elección en terapia inicial debería ser, bien un calcioantagonista ó un diurético tiazídico. Aquí son considerados pacientes negros los descendientes de africanos ó caribeños, no los de raza mixta, asiáticos ó chinos.
- En hipertensos menores de 55 años, la elección inicial debería ser un IECA (ó un ARAII si el IECA no se tolera)

Continuación del tratamiento

- Revisar la presión arterial anualmente, facilitar a los pacientes apoyo y abordar su estilo de vida, síntomas y medicación.
- Los pacientes pueden motivarse para cambiar su estilo de vida y poder dejar los fármacos antihipertensivos. Si tienen riesgo CV bajo y un buen control de la presión arterial, debería intentarse reducir ó retirar los fármacos con una apropiada guía de estilos de vida y revisiones más frecuentes.

Algoritmos Decisorios en Hipertensión



ECV: Enfermedad cardiovascular; RCV: Riesgo cardiovascular

Medida de la Presión Arterial

- Los profesionales sanitarios necesitan entrenamiento inicial para medir la presión arterial y deberían periódicamente revisar su práctica
- Los equipos de medida de la PA deben estar validados, mantenidos y regularmente calibrados según las normas del fabricante

Midiendo la presión arterial

- El ambiente debe ser relajado, cálido y tranquilo. El paciente debe estar sentado, con el brazo extendido y apoyado
- Si la primera medida es $> 140/90$ mmHg confirmarla al final de la consulta si es posible
- Debe ser tomada en ambos brazos y tomar como referencia el valor más alto en futuras visitas
- Si el paciente tiene hipotensión postural (caídas ó mareos) tomarla de pie
- Para identificar la HTA (persistentemente $> 140/90$ mmHg), preguntar al paciente sobre dos citas más, tomas la presión dos veces en cada ocasión en las mejores condiciones medioambientales posibles.
- En HTA severa reevaluar la presión mensualmente ó incluso más frecuente
- El uso rutinario de aparatos de medición continua no está recomendado

Cuándo derivar

- Inmediatamente si tiene signos de:
 - Hipertensión maligna ($> 180/110$ mmHg con signos de papiledema y/ó hemorragias retinianas)
 - Sospecha de feocromocitoma (los signos incluyen hipotensión postural ó lábil, cefalea, palpitaciones, palidez y sudoración)
- Considerar derivación si:
 - Hay signos y síntomas inusuales
 - Signos ó síntomas sugerentes de causa secundaria
 - En situaciones críticas donde se precise una medida exacta de la presión
 - Síntomas de hipotensión postural, ó caída de la presión sistólica de 20 mmHg ó más al ponerse de pie

Medidas de estilo de vida para reducir la presión arterial

- Preguntar al paciente sobre sus patrones dietéticos y de ejercicio, y proporcionarles guías ó información escrita ó audiovisual
- Preguntar sobre el consumo de alcohol y aconsejar reducir su consumo si es excesivo
- Disuadir del consumo excesivo de café y otros productos ricos en cafeína
- Estimular la reducción del consumo de sal ó usar sustitutos de ella.
- Consejos sobre abandono del tabaco
- Informar a los pacientes sobre iniciativas locales (equipos de salud ú organizaciones de pacientes) que ayuden a proporcionar y promocionar estilos de vida saludables

No es recomendable:

- Aconsejar suplementos de calcio, magnesio ó potasio para reducir la presión arterial
- Las terapias de relajación pueden disminuir la presión arterial y los pacientes pueden solicitarlas. Sin embargo no se aconseja proporcionarlas desde los equipos de atención primaria

Riesgo Cardiovascular

- Si la presión permanece aumentada y el paciente no tiene enfermedad cardiovascular establecida, informar sobre la necesidad de valorar su riesgo cardiovascular
- Usar la valoración del riesgo para discutir el pronóstico y el manejo de la HTA como de otros factores de riesgo existentes
- Considerar cuándo es necesaria la derivación al especialista (pg. 6)

Pruebas para valorar el riesgo:

- Proteínas en orina (tiras reactivas)
- Glucosa plasmática, electrolitos, colesterol total y HDL
- ECG de 12 derivaciones



Tratamiento Farmacológico (Actualización)

Puntos fundamentales en la actualización de recomendaciones:

Betabloqueantes: En estudios comparativos han sido menos efectivos que otros fármacos para reducir los eventos mayores, en especial el ictus. También menos efectivos que IECA ó calcioantagonistas en la reducción del riesgo de diabetes, sobretodo unidos a tiazidas.

Calcioantagonistas y tiazidas: Probablemente los de mayores beneficios en tratamiento inicial en pacientes mayores de 55 años.

Pacientes menores de 55 años: Los estudios sugieren que la terapia inicial con IECA es mejor que con calcioantagonistas ó tiazidas

Usando más de un fármaco: Los ensayos sugieren que una combinación lógica es añadir a un IECA calcioantagonistas ó tiazidas. Hay pocas evidencias en el uso de tres fármacos, por lo que las recomendaciones se basan en la opción más sencilla.

Los Fármacos reducen el riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte

- Ofertar fármacos a los pacientes con:
 - HTA persistente de 160/100 mmHg ó más
 - PA 140/90 mmHg y RCV aumentado (RCV a 10 años de 20% ó mayor, con ECV ó daño en órganos vulnerables
- Ver diagrama de flujos para elección de fármacos en pág. 9
- Meta de reducción a 140/90 mmHg ó menos, añadiendo más fármacos si es necesario, a menos que el tratamiento posterior sea inapropiado ó rechazado
- Dosificar los fármacos como se describe en el “Formulario Nacional Británico”, teniendo en cuenta las precauciones y contraindicaciones

Normas Generales en la Prescripción

- El tratamiento en HTA sistólica aislada (PAS>160mmHg) debe ser el mismo que en la HTA mixta
- Mismo tratamiento que a los mayores de 55 años en pacientes mayores de 80, considerando sus patologías concomitantes y otros fármacos que tomen
- Preferiblemente fármacos de una sola dosis diaria
- Preferible fármacos genéricos si son apropiados y minimizan costos
- Proporcionar información sobre beneficios y efectos secundarios de los fármacos al paciente para que participe en su elección

Elección de Fármaco en nuevos hipertensos

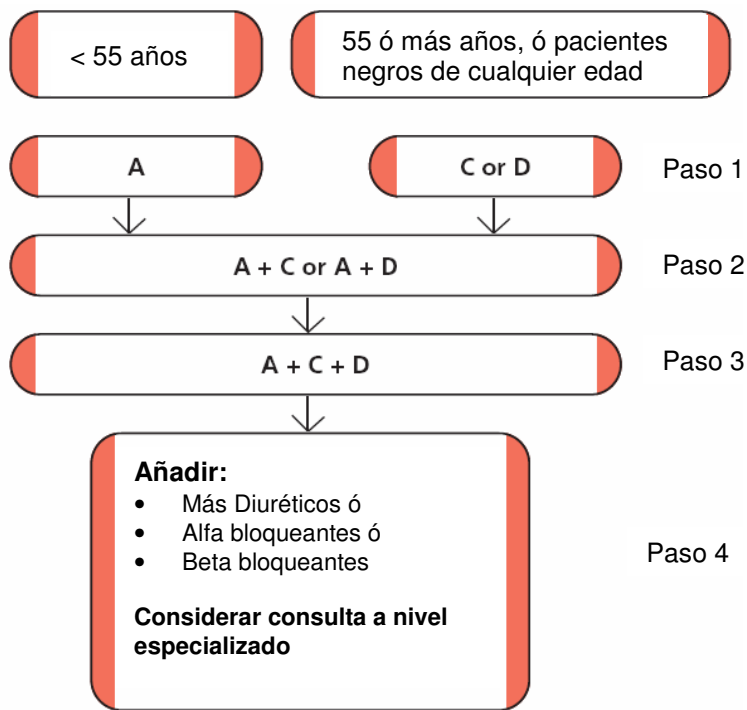
Abreviaturas

A: IECA (ARA-II si intolerancia)

C: Calcioantagonistas

D: Diuréticos tiazídicos

Pacientes negros son los descendientes de Africanos ó Caribeños y no raza mixta y Asiáticos



Beta Bloqueantes

- Los B bloqueantes no se prefieren como terapia inicial rutinaria en HTA
- Pero pueden considerarse en jóvenes en:
 - Mujeres en edad de procrear
 - Pacientes con tono simpático aumentado
 - Intolerancia ó contraindicación a IECA ó ARA II
- Como combinación, añadir un calcioantagonista mejor que diurético para evitar el riesgo de desarrollo de diabetes
- Si la HTA no se controla con un régimen con B bloqueantes (>140/90 ó menor) cambiar el tratamiento en función del diagrama de flujo anterior
- Si la HTA está bien controlada con un régimen con B bloqueantes, continuarlo a largo plazo en revisiones rutinarias. No es absolutamente necesario sustituir el B bloqueante en estos casos.
- Cuando se retira un B bloqueante, hacerlo gradual y escalonadamente
- El B bloqueante no debería ser retirado si el paciente tiene una indicación para ellos, como angina sintomática ó infarto de miocardio previo.

Continuación del Tratamiento

- El tratamiento hipotensor es válido, incluso si la presión arterial no alcanza el objetivo de 140/90 mmHg ó menos con varios fármacos (ó si la suma de más fármacos es rechazada ó inapropiada).
- Algunos pacientes están motivados para hacer cambios en su estilo de vida y querrían reducir ó dejar de tomar el tratamiento antihipertensivo. Si tienen bajo riesgo cardiovascular y la PA bien controlada, se les puede ensayar una reducción ó retirada del tratamiento. Deberían ser aconsejados sobre estilos de vida y visitarlos con regularidad.
- Considerar ofrecerles información sobre organizaciones de pacientes donde pueden ser asesorados
- El hipertenso debe ser revisado anualmente para:
 - monitorizar la presión arterial
 - proporcionarles apoyo
 - discutir el estilo de vida, los síntomas y la medicación

Implementación

NICE ha elaborado herramientas para ayudar a las organizaciones a aplicar esta guía (listadas más abajo). Están disponibles en la web (www.nice.org.uk/CG034).

- Herramientas de Costes:
 - Informe de costes para estimar el ahorro nacional y el costo relacionado con su aplicación
 - Plantilla de costo para estimar los costes locales y el ahorro implicado
- Criterios de auditoría para monitorizar la práctica local (ver Guía NICE)

Información Adicional

Se puede descargar lo siguiente desde www.nice.org.uk/GC034

- Una Guía de referencia rápida (este documento), distribuido a todos los sanitarios de Inglaterra
- Información para pacientes y cuidadores (“Understanding NICE guidance”)- una versión de NICE para los hipertensos y cuidadores
- La Guía NICE, que contiene las siguientes secciones: Prioridades fundamentales para su aplicación; 1 Guía; 2 Notas en el ámbito de la Guía; 3 Implementación en el NHS; 4 Recomendaciones de investigación; 5 Otras versiones de esta Guía; 6 Otras Guías NICE relacionadas; 7 Fecha de revisión. También se proporcionan detalles de los esquemas de evaluación usados, el Grupo de Elaboración de la Guía, el Grupo de Expertos de Revisión de la Guía y detalles técnicos de los criterios de revisión.
- La Guía completa – todas las recomendaciones sobre hipertensión, detalles de cómo se elaboraron y resúmenes de las pruebas en las que están basadas. También está disponible en www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/HM

También están disponibles para imprimir este folleto e información para el público. Número telefónico del NHS 0870 1555 455 y cita N1050 (Guía de referencia rápida) ó N1051 (información para pacientes y cuidadores)

Guías Relacionadas

Para información sobre Guías NICE publicadas ó en elaboración visitar la web (www.nice.org.uk).

- Profilaxis en pacientes con Infarto de miocardio: fármacos, rehabilitación y consejos dietéticos. Guía NICE A (2001). Disponible en www.nice.org.uk/guidelineA
- Manejo de la diabetes tipo 2: manejo de presión arterial y lípidos plasmáticos. Guía NICE H (2002). Disponible en www.nice.org.uk/guidelineH
- Estatinas en la prevención eventos vasculares en pacientes con riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular ó ya establecida. Evaluación de tecnología NICE N° 94 (2006). Disponible en www.nice.org.uk/TA094
- Valoración de riesgo cardiovascular: modificación de lípidos plasmáticos en prevención primaria y secundaria de enfermedad cardiovascular. Guía Clínica NICE. Publicación prevista para Diciembre de 2007. Ver www.nice.org.uk/guidelines.inprogress.hyperlipidaemiacardiovascular
- **Fecha de revisión**

El proceso de revisión de literatura publicada se espera iniciar en cuatro años tras la publicación de esta guía. La revisión podría iniciarse antes si se identificaran con anterioridad pruebas importantes que afecten a las recomendaciones de la guía. La actualización de la guía estará disponible en dos años tras el inicio de la revisión.

**National Institute for
Health and Clinical Excellence**

MidCity Place
71 High Holborn
London
WC1V 6NA

www.nice.org.uk

N1050 70k 1P Jun 06

ISBN 1-84629-222-0