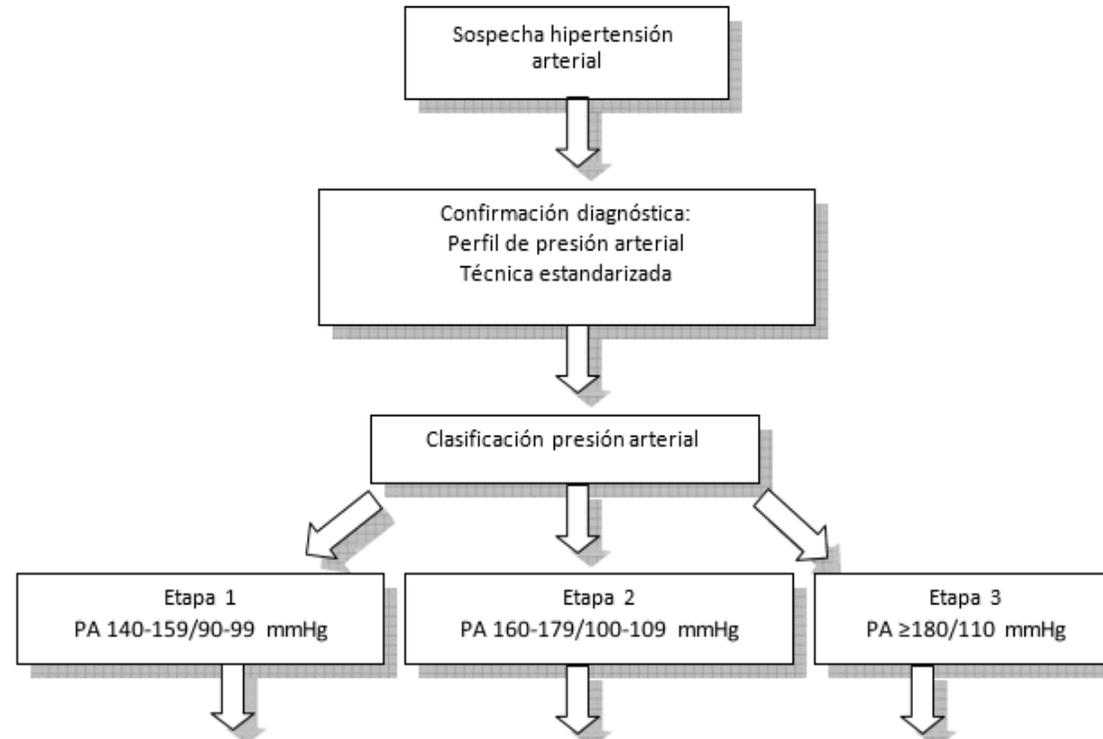
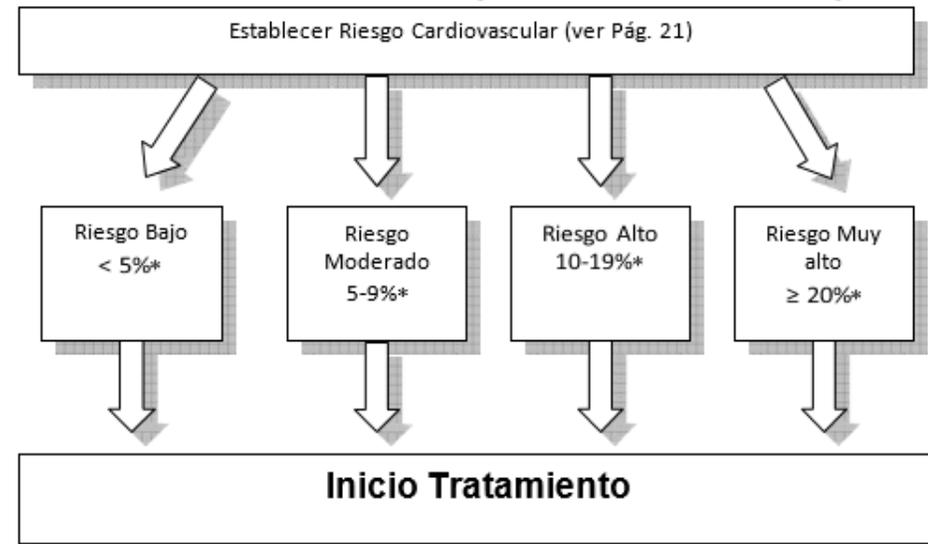


# Guía clínica hipertensión arterial

# Sospecha y confirmación diagnóstica hipertensión arterial

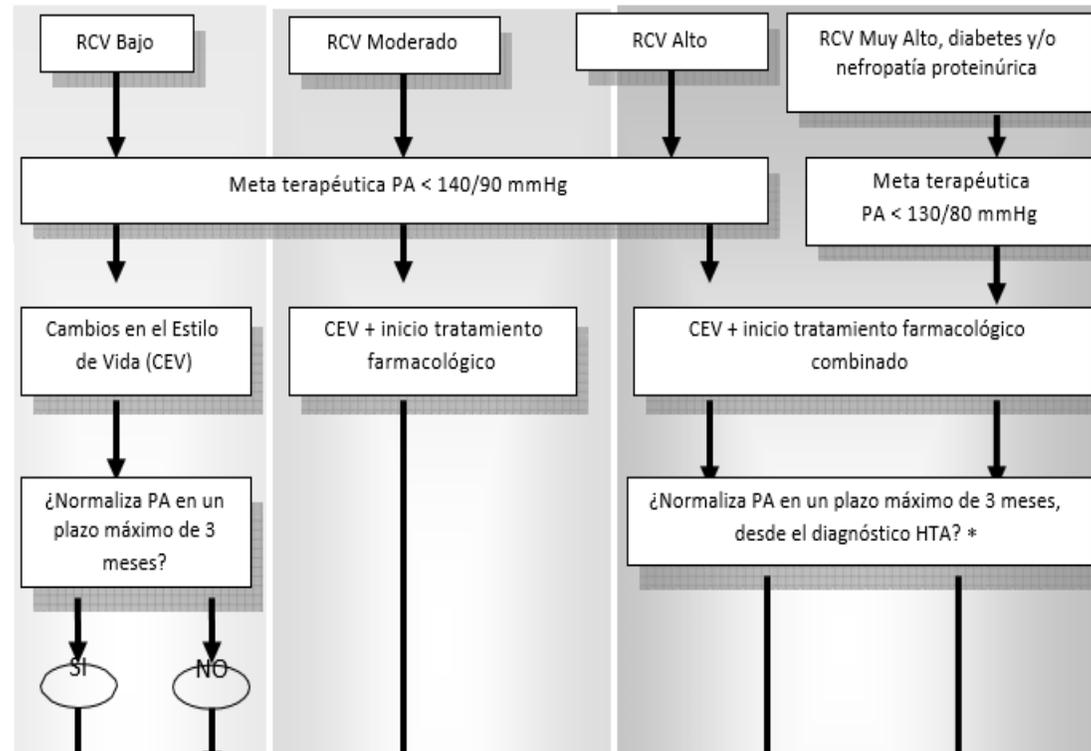


# Sospecha y confirmación diagnóstica hipertensión arterial

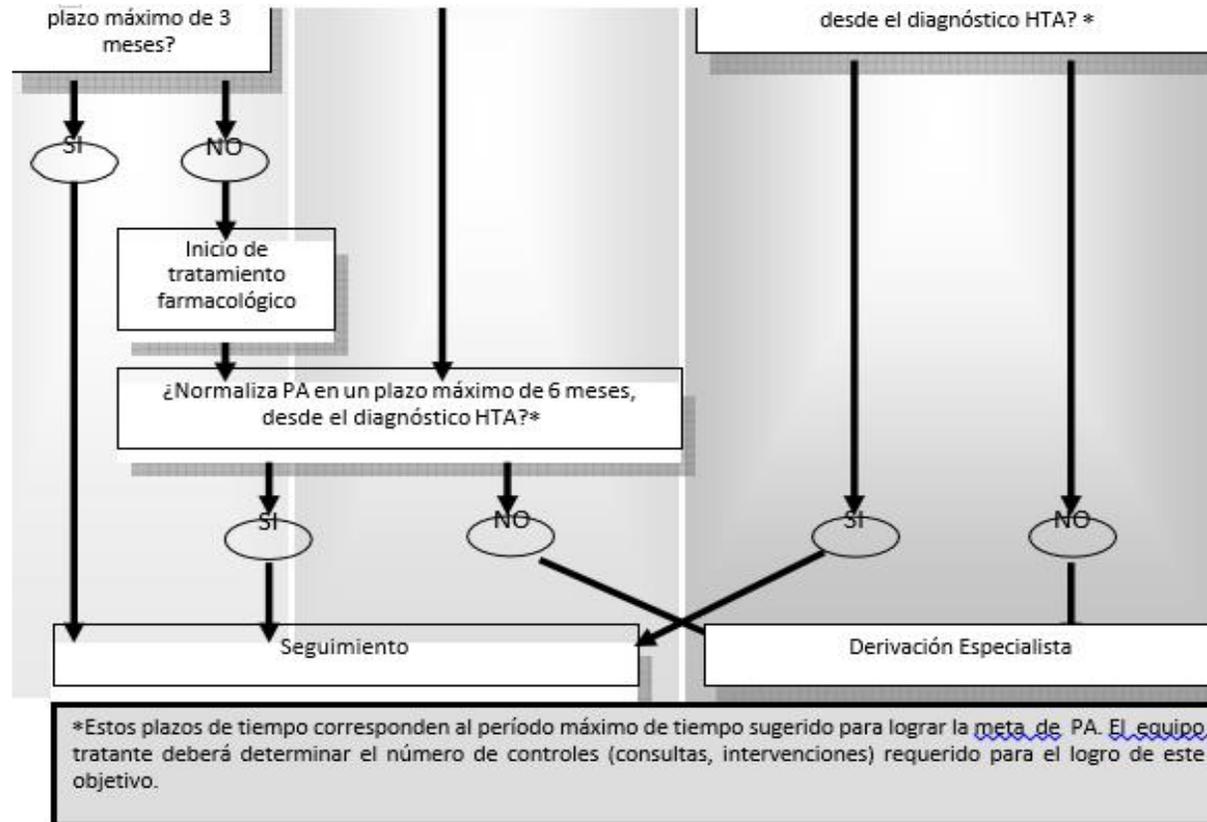


\* Probabilidad de un individuo de tener un evento cardiovascular en los próximos 10 años.

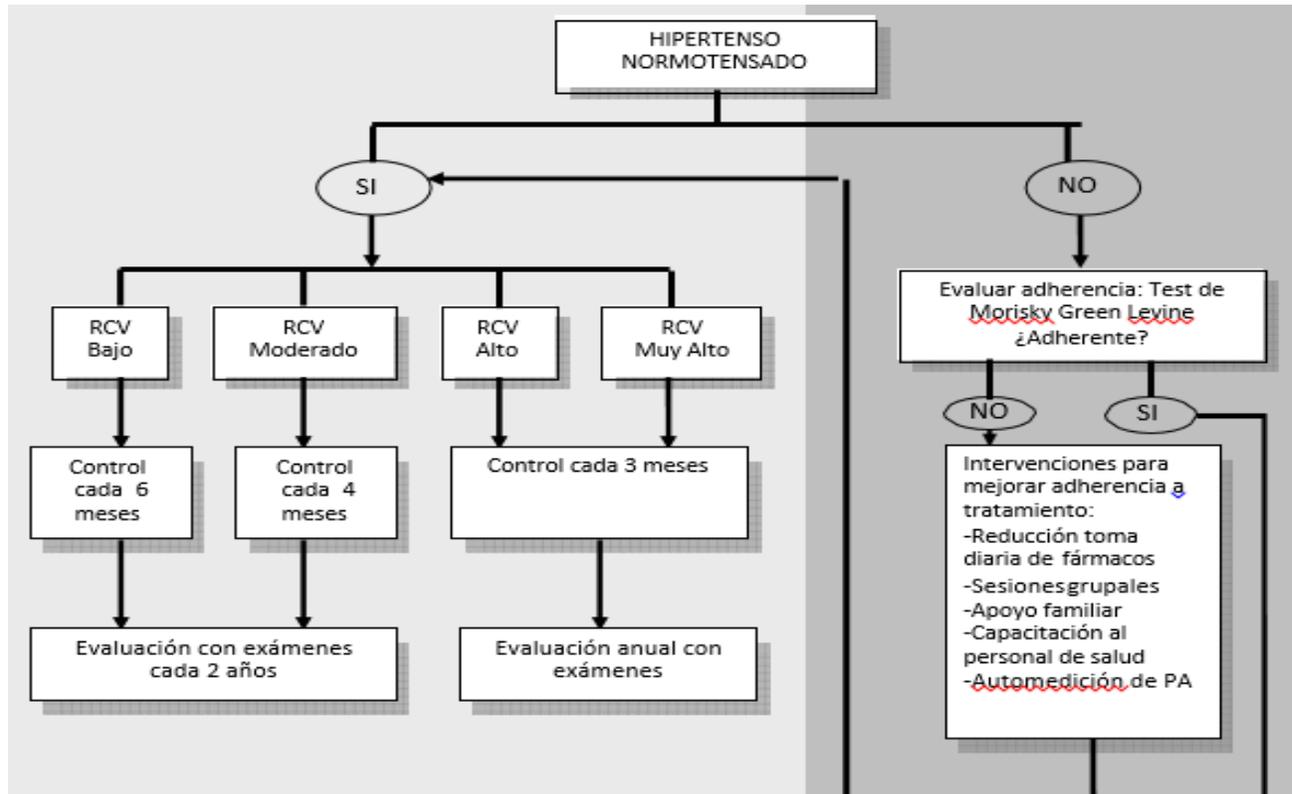
# Metas terapéuticas del paciente hipertenso según nivel de RCV



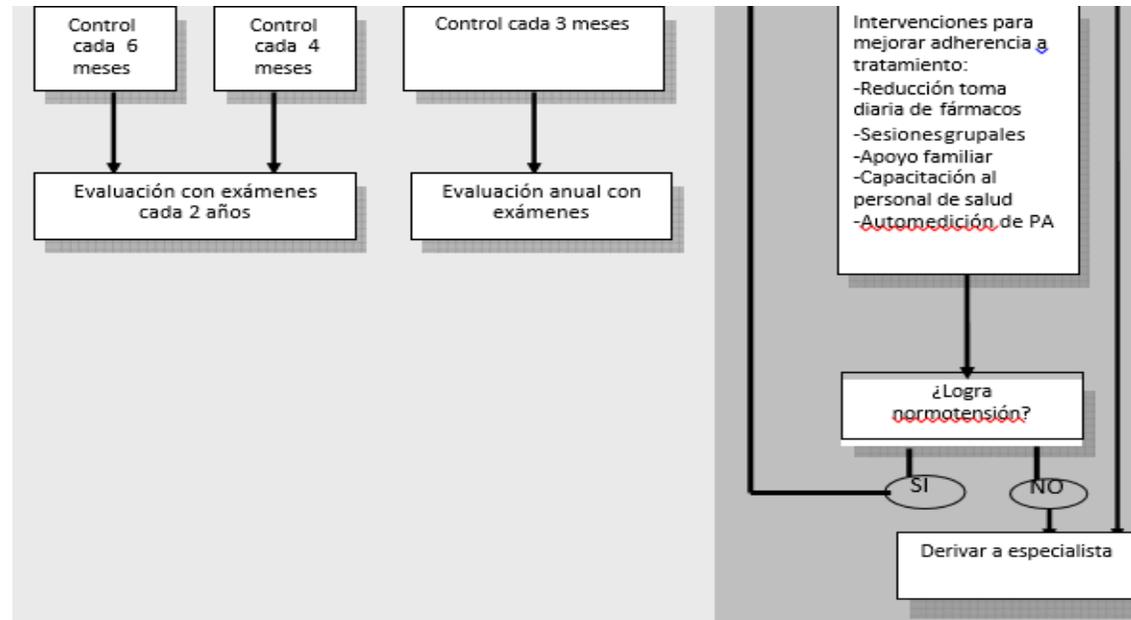
# Metas terapéuticas del paciente hipertenso según nivel de RCV



# Seguimiento del paciente hipertenso



# Seguimiento del paciente hipertenso



# Clasificación de la Sociedad Europea de Presión arterial (PA mmHg).

Categoría	Presión arterial sistólica (mmHg)		Presión arterial diastólica (mmHg)
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
HTA Etapa 1	140-159	y/o	90-99
HTA Etapa 2	160-179	y/o	100-109
HTA Etapa 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	y	<90

## ¿Qué hacer una vez confirmada la hipertensión?

- a. Evaluación clínica inicial
- Una vez confirmado el diagnóstico de HTA, corresponde realizar una evaluación clínica integral, con el objetivo de pesquisar otros FRCV, daño en órgano blanco (DOB) y/o comorbilidad, lo que permitiría establecer el nivel de RCV de la persona.
  - ▪ Anamnesis y examen físico. Medición de:
    - - Presión arterial en ambos brazos, para seleccionar el brazo con la mayor presión para controles posteriores de existir una diferencia. Controlar presiones en dos posiciones (decúbito/de pie o sentado/de pie).

# ¿Qué hacer una vez confirmada la hipertensión?

- Pulso
- - Peso, estatura
- - Cálculo de índice de masa corporal.
- - Circunferencia de cintura (Anexo 2)
- ■ Solicitud de exámenes básicos de laboratorio:  
hematocrito, creatinina plasmática, examen completo de orina,  
glicemia, uricemia, perfil lipídico, potasio plasmático y electrocardiograma.

# Riesgo Cardiovascular

- En la población general, la hipertensión se presenta junto a otros factores de riesgo cardiovasculares , potenciando su efecto; así el RCV global es mayor que la suma de los riesgos individuales.
- Múltiples estudios evidencian que las metas y estrategias de tratamiento deben ser diferenciadas, graduando la intensidad de la intervención de acuerdo a riesgo bajo, moderado y alto, de esta manera, el enfoque de riesgo permite maximizar la costo-efectividad del manejo de las personas hipertensas.

# Tratamiento

- El objetivo principal del tratamiento en las personas hipertensas es reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad cardiovascular, a través del control de todos los FRCV modificables identificados tales como tabaquismo, dislipidemia, diabetes, obesidad, sedentarismo y la propia HTA.
- Para lograr el control de la HTA, se requiere una selección apropiada de fármacos antihipertensivos con metas diferenciadas de acuerdo a la clasificación de RCV individual.

## ¿Cuáles son las metas terapéuticas recomendadas?

- Estudios evidencian el beneficio de reducir la PA a valores menores a 140/90 mmHg.
- El estudio HOT mostró que la más baja incidencia de eventos cardiovasculares, ocurrió con cifras de PAD menores a 82,6 mmHg.
- El estudio FEVER evidenció que en personas hipertensas con 1 ó 2 FRCV o ECV, la reducción de la PA a <140/90 mmHg, se asoció a reducción de eventos cardiovasculares en 27%34.

## ¿Cuáles son las metas terapéuticas recomendadas?

- En pacientes diabéticos, una reducción de 10 mmHg de PAS, redujo en 15% la mortalidad por diabetes y en 11% la mortalidad por IAM.
- El estudio HOT mostró una reducción de 51% de eventos cardiovasculares en pacientes diabéticos que lograron cifras de PAD < 80 mmHg.
- El tratamiento intensivo en pacientes con diabetes, que lograron en promedio cifras de PA 132/78 mmHg, redujo la incidencia de mortalidad (5,5%) en comparación con el grupo de diabéticos con control moderado de la PA con cifras promedio de 138/86 mmHg, (10,7%)

## ¿Cuándo iniciar el tratamiento farmacológico?

- Existe amplia evidencia que demuestra que personas con PA  $\geq$  160/100 mmHg y aquellas con RCV alto o muy alto, se benefician del tratamiento farmacológico desde el momento del diagnóstico de HTA.
- En pacientes hipertensos con RCV bajo, es posible iniciar cambios en estilo de vida y esperar 3 meses antes de iniciar el tratamiento farmacológico. Si después de 3 meses con estas medidas la presión arterial no se normaliza, iniciar tratamiento farmacológico.

## Qué periodicidad de control es la adecuada en el seguimiento?

- Una vez alcanzados los objetivos terapéuticos, que incluyen el logro de la meta de PA y el control de los factores de riesgo modificables, el propósito es vigilar que se mantengan los logros obtenidos y monitorear la incidencia de DOB subclínico, deterioro de parámetros clínicos u otras complicaciones. En esta fase se puede reducir la frecuencia de visitas, sin extremarla a intervalos de tiempo excesivamente largos.
- Así, pacientes con RCV alto y muy alto requieren mayor frecuencia de controles cada 3 meses, en tanto aquellos con RCV bajo pueden controlarse cada 6 meses. El tratamiento de HTA debe continuarse de por vida.

## ¿Con qué periodicidad realizar exámenes de laboratorio?

- El AUGE establece control anual de exámenes en los pacientes con HTA; sin embargo, no hay evidencia para establecer una frecuencia estándar para realizar exámenes de laboratorio en general, a excepción de electrocardiograma cuyo control es anual, basado en que las variaciones de HVI suelen ser evidentes después de 1 año de tratamiento.
- Por otro lado, se ha establecido el control anual de microalbuminuria cuando ésta es negativa. En caso de ser positiva, se ha determinado realizar una prueba de confirmación, la cual se repite en un plazo máximo de 6 meses.