

Métodos diagnósticos y evaluación de tratamiento de la Hipertensión Arterial

Dr. César Elizeche
Concepción
20-04-2024





Dr. César Elizeche

Especialista en Medicina Interna.

Miembro de la Academia de Medicina del Paraguay

Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

Ex Presidente de la Sociedad Paraguaya Aterosclerosis.

Miembro de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis.

Socio del ACP (American College of Physicians)

Jefe del Servicio de Clínica Médica del Sanatorio Migone Battilana.

Asunción-Paraguay

Coordinador del Posgrado de Medicina Interna de la Unidad

Formadora del Sanatorio Migone. Universidad Católica de Asunción.

Cinco de cada diez paraguayos sufre de hipertensión

22/05/2014 Redaccion Salud 0

Complicaciones:

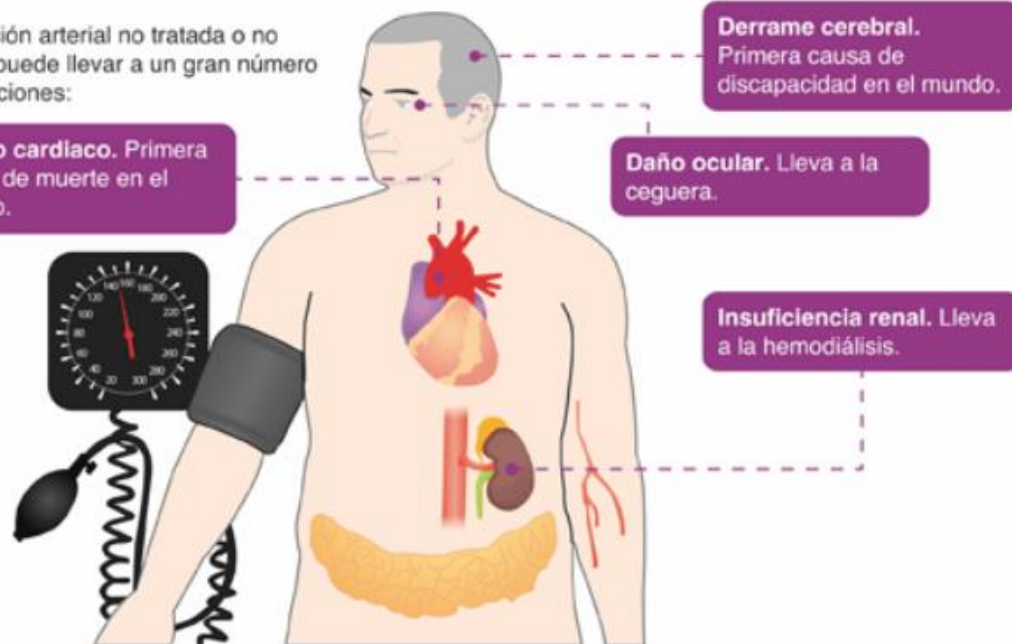
La hipertensión arterial no tratada o no controlada, puede llevar a un gran número de complicaciones:

Infarto cardiaco. Primera causa de muerte en el mundo.

Derrame cerebral. Primera causa de discapacidad en el mundo.

Daño ocular. Lleva a la ceguera.

Insuficiencia renal. Lleva a la hemodiálisis.



Obesidad, mala alimentación, sedentarismo, contribuyen a generar un aumento de presión arterial, y por ende a producir problemas cardiovasculares, sostienen los expertos sanitarios. El 17 de mayo fue el Día Internacional de la Presión Arterial



El director del Programa Nacional de Prevención Cardiovascular Dr. José Ortellado, refiere que actualmente en el país se registra una alta prevalencia de hipertensos. La franja más afectada es la de 25 a 60 años de edad. Por ello el Ministerio insta a la toma de presión una vez por semana; principalmente los obesos o que cuenten con antecedentes

Categorías de Presión Arterial



Categorías	Sistólica		Diastólica
NORMAL	120 o menos	y	80 o menos
Elevada	120 - 129	y	80 o menos
HTA (Estadio I)	130 - 139	o	80 - 89
HTA (Estadio II)	140 o más	o	90 o más
Emergencia hipertensiva	180 o más	y/o	120 o más

Tabla 1. Clasificación de hipertensión arterial

Clasificación	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Óptima	<120	<80
Normal	120 a 129	80 a 84
Normal alta	130 a 139	85 a 89
HTA grado 1	140 a 159	90 a 99
HTA grado 2	160 a 179	100 a 109
HTA grado 3	≥180	≥110
HTA sistólica aislada	≥140	<90

DetECCIÓN

Los adultos con presión arterial normal cada año.

Al menos semestralmente si tienen factores de riesgo de hipertensión (p. ej., obesidad)

O si su presión arterial sistólica medida previamente era de 120 a 129.

Se puede realizar un diagnóstico, sin más lecturas confirmatorias, en los siguientes **escenarios** :

Paciente que presenta urgencia o emergencia hipertensiva (es decir, pacientes con presión arterial sistólica ≥ 180 mmHg o diastólica ≥ 120 mmHg)

Paciente que presenta una presión arterial inicial sistólica ≥ 160 mmHg o diastólica ≥ 100 mmHg y que también tiene daño conocido en el órgano diana

En todos los demás pacientes

Que tienen una presión arterial elevada en el consultorio, el diagnóstico de hipertensión debe confirmarse mediante una medición de la presión arterial fuera del consultorio siempre que sea posible.

El MAPA se considera el "estándar de oro" para determinar la presión arterial fuera del consultorio.

Para confirmar el diagnóstico de hipertensión en la mayoría de los pacientes se solicita Control Domiciliario

Pasos clave para mediciones adecuadas de la PA

Paso 1: preparar adecuadamente al
paciente

Instrucciones específicas

1. Haga que el paciente se relaje, sentado en una silla (con los pies en el suelo y la espalda apoyada) durante más de 5 minutos.
2. El paciente debe evitar la cafeína, el ejercicio y fumar durante al menos 30 minutos antes de la medición.
3. Asegúrese de que el paciente haya vaciado su vejiga.
4. Ni el paciente ni el observador deben hablar durante el periodo de descanso ni durante la medición.
5. Retire toda la ropa que cubra el lugar de colocación del manguito.
6. Las mediciones realizadas mientras el paciente está sentado o acostado en una mesa de exploración no cumplen estos criterios.

Pasos clave para mediciones adecuadas de la PA

Paso 2: utilice la técnica adecuada
para medir la PA

Instrucciones específicas

1. Utilice un dispositivo de medición de PA que haya sido validado y asegúrese de que el dispositivo se calibre periódicamente.*
2. Apoye el brazo del paciente (p. ej., apoyado sobre un escritorio).
3. Coloque la mitad del manguito en la parte superior del brazo del paciente al nivel de la aurícula derecha (el punto medio del esternón).
4. Utilice el tamaño de manguito correcto, de modo que la vejiga rodee el 80 % del brazo, y observe si se utiliza un tamaño de manguito más grande o más pequeño de lo normal.
5. Para las lecturas auscultatorias se puede utilizar el diafragma o la campana del estetoscopio.

Pasos clave para mediciones adecuadas de la PA

Paso 3: Tome las medidas adecuadas necesarias para el diagnóstico y tratamiento de la presión arterial/hipertensión elevada

Instrucciones específicas

1. En la primera visita, registre la presión arterial en ambos brazos. Utilice el brazo que proporciona la lectura más alta para lecturas posteriores.
2. Separe las mediciones repetidas de 1 a 2 minutos.
3. Para determinaciones auscultatorias, utilice una estimación palpada de la presión de obliteración del pulso radial para estimar la PAS. Infle el manguito de 20 a 30 mmHg por encima de este nivel para una determinación auscultatoria del nivel de PA.
4. Para lecturas auscultatorias, desinfe la presión del manguito 2 mmHg por segundo y escuche los sonidos de Korotkoff.

Pasos clave para mediciones adecuadas de la PA

Paso 4: documentar
adecuadamente las lecturas
precisas de PA

Instrucciones específicas

1. Registre la PAS y la PAD. Si utiliza la técnica de auscultación, registre la PAS y la PAD como inicio del primer sonido de Korotkoff y desaparición de todos los sonidos de Korotkoff, respectivamente, utilizando el número par más cercano.
2. Anote la hora de la medicación para la PA más reciente tomada antes de las mediciones.

Paso 5: promediar las lecturas

Paso 6: Proporcionar lecturas de PA
al paciente

1. Utilice un promedio de ≥ 2 lecturas obtenidas en ≥ 2 ocasiones para estimar el nivel de PA del individuo.

1. Proporcionar a los pacientes las lecturas de PAS/PAD tanto de forma verbal como por escrito.

Definition of hypertension based on blood pressure measurement strategy

SBP/DBP	Clinic	SMBP	Daytime ABPM	Nighttime ABPM	24-hour ABPM
ACC/AHA Guidelines 2017 ^[1]	≥130/80	≥130/80	≥130/80	≥110/65	≥125/75
ESC/ESH Guidelines 2018 ^[2]	≥140/90	≥135/85	≥135/85	≥120/70	≥130/80

EVALUACIÓN

- Daño de órgano diana.
- Enfermedad cardiovascular o renal establecida.
- Factores de riesgo cardiovascular
- Estilo de vida que podrían contribuir a la hipertensión
- Posibles sustancias que interfieren (AINES, anticonceptivos orales que contienen estrógenos)

Historia

Buscar la presencia de factores precipitantes o agravantes (AINES, alcohol, drogas)

La duración de la hipertensión, intentos previos de tratamiento.

Daño de órgano diana.

Presencia de otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular

Examen físico

Signos de daño en órganos blanco.

Enfermedades cardiovasculares establecidas

Evidencia de causas potenciales de hipertensión secundaria.

Pruebas de laboratorio

- Electrolitos (incluido el calcio) y creatinina sérica (para calcular la tasa de filtración glomerular estimada)
- Glucosa en ayuno
- Análisis de orina
- Hemograma completo
- TSH
- Perfil lipídico
- Electrocardiograma

Pruebas de hipertensión secundaria

Las causas secundarias de hipertensión son relativamente poco comunes y las pruebas de hipertensión secundaria pueden producir resultados falsos positivos.

Por lo tanto, **no** se recomienda la evaluación de causas secundarias en todos los pacientes con hipertensión primaria.

26-34

Una presentación inusual de hipertensión

Aparición a edad joven o avanzada

Presentación con hipertensión en etapa 2

Aparición abrupta de hipertensión en un paciente con presión arterial previamente normal.

Elevación significativa de la presión arterial.

Hipertensión resistente a los medicamentos

Causa específica de hipertensión, como un soplo abdominal (que sugiere hipertensión renovascular) o un nivel bajo de potasio sérico (que sugiere aldosteronismo primario).

Monitoreo de la presión arterial en el hogar

La capacitación y el equipo adecuados son fundamentales.

Dispositivo oscilométrico automatizado validado que mida la presión arterial en la arteria braquial (parte superior del brazo)

Mediciones en una habitación tranquila después de cinco minutos de descanso en posición sentada con la espalda y el brazo apoyados y las piernas sin cruzar.

Se deben obtener al menos de 12 a 14 mediciones, tanto por la mañana como por la tarde, durante un período de una semana cada mes .

Muchos pacientes requieren el uso de un manguito grande.

Las lecturas en el hogar deben usarse para complementar las lecturas en el consultorio para determinar si la presión arterial de un paciente está bajo control.

Si hay una discrepancia se debe obtener MAPA

Monitorización ambulatoria de la presión arterial

El MAPA de 24 horas es el método preferido para confirmar el diagnóstico de hipertensión e hipertensión de bata blanca, pero tiene una disponibilidad limitada en la práctica clínica habitual.

El MAPA predice el daño a órganos diana y los eventos cardiovasculares mejor que las lecturas de presión arterial en el consultorio.

El MAPA registra la presión arterial a intervalos preestablecidos (normalmente cada 15 a 20 minutos durante el día y cada 30 a 60 minutos durante el sueño).



Además de en pacientes con sospecha de hipertensión de bata blanca, se debe considerar la MAPA en las siguientes circunstancias:

- Sospecha de hipertensión episódica (feocromocitoma)
- Determinar la respuesta terapéutica
- Síntomas de hipotensión
- Hipertensión resistente
- Sospecha de hipertensión enmascarada

