



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Hipertensión Arterial constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones en el mundo occidental. En esta entrega de Punto Informativo, exploraremos a profundidad causas, cómo evitar errores en el diagnóstico, manejo farmacológico y demás puntos de interés para brindarles la más completa información.

Se estima que el 50 por ciento de las enfermedades cardiovasculares se atribuyen a la elevación de la presión arterial, siendo el principal riesgo de ictus e insuficiencia cardiaca.

La mayoría de las complicaciones relacionadas con la HTA son prevenibles, pero las bajas en las tasas de conocimiento y control de su hipertensión, por parte de profesionales y pacientes, hacen más dramática la situación actual en salud pública.

Las dos condiciones que más contribuyen a la enfermedad cardiovascular son la Hipertensión y la Diabetes Mellitus tipo 2.

De igual manera, el Índice de Masa Corporal (IMC) elevado incrementa claramente el riesgo de HTA. Cuando el IMC es > 30 el porcentaje de hipertensos es el doble que entre los no obesos.



CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN

Categoría	PAS (mmHg)	y/o PAD (mmHg)
Estadio 1 o grado 1	140 a 159	90 a 99
Estadio 2 o grado 2	160 a 179	100 a 109
Estadio 3 o grado 3	> 180	>110

TOMA ADECUADA DE LA TENSIÓN ARTERIAL

- **Posición:**

Sentado, espalda apoyada, brazo relajado sin ropa que le oprima y apoyado sobre una mesa o soporte, con la palma de la mano hacia arriba y el codo ligeramente flexionado a la altura del corazón

- **Condiciones psicofísicas y medioambientales:**

- Descanso mínimo de cinco (5) minutos en habitación tranquila y con temperatura templada. Es importante evitar: los esfuerzos previos, la ansiedad, fumar, distensión vesical, dolor o ingerir alimentos media hora antes.



- **Equipo de medida:**

Brazalete o manguito de tela o material sintético en cuyo interior está la cámara de aire la cual debe cumplir las siguientes dimensiones:

- ✓ Anchura: 40-50% de la circunferencia total del brazo.
- ✓ Longitud: Los brazaletes deben tener impreso el máximo y mínimo de circunferencia admisible.
- ✓ El sistema de inflado, la válvula de paso y el tubo conector se deben revisar periódicamente para evitar fugas de aire o mal funcionamiento.

- Localizar la arteria braquial por palpación a lo largo de la cara interna del brazo.
- Colocar el manguito de forma que la cámara se sitúe encima del latido arterial y después, ajustarlo cuidadosamente. El borde inferior debe estar 2 centímetros por encima de la fosa antecubital.
- Fonendoscopio sobre la arteria braquial en la fosa cubital aplicando una suave presión. Nunca se debe introducir el fonendoscopio por debajo del manguito.
- Inflar la cámara rápidamente hasta 70 mmHg e ir aumentando la presión de 10 en 10 mmHg palpando el pulso radial. Apuntar el nivel de presión al cual el pulso desaparece y vuelve a aparecer al desinflar.
- El observador debe colocarse adecuadamente el fonendoscopio y después colocar la cabeza del mismo utilizando la posición de baja frecuencia encima del pulso de la arteria braquial.
- Inflar la cámara rápidamente 20 o 30 mmHg por encima de la cifra detectada previamente. A continuación, abrir parcialmente la válvula desinflando la cámara a un ritmo de 2 mmHg/segundo.
- El nivel de presión en el que aparece el primer ruido seco y repetitivo es la fase I de Korotkoff y constituye la PAS. La desaparición del ruido es la fase V de Korotkoff y constituye la PAD.
- Después de la desaparición del último ruido desinflar lentamente otros 10 mmHg para asegurarnos de que no escuchamos más ruidos.
- Registrar la PAS (fase I) y PAD (fase V) de la forma más exacta posible (discriminado de 2 en 2 mmHg).
- Repetir la toma de PA después de asegurarnos del completo vaciado de la cámara. Es necesario esperar entre uno y dos minutos antes de repetir una nueva lectura.
- Medir la PA en ambos brazos y tomar en consideración el resultado más alto.
- Nº de determinaciones: obtener la media de las 2 primeras tomas consecutivas de PA que no difieran más de 5 mmHg.

Las causas más comunes de determinaciones incorrectas de la presión arterial son:

- Uso de manguitos estrechos para brazos obesos
- Falta de reposo previo
- Desinflado rápido
- Redondeo de las cifras obtenidas al cero o al cinco



¡IMPORTANTE!

Para evitar errores en el diagnóstico es importante tener en cuenta estos tres conceptos:

- Efecto de bata blanca: es el incremento de la presión arterial que induce la presencia de un personal sanitario cuando realiza la medida de la presión arterial.
- Fenómeno de bata blanca: se produce cuando la diferencia de la presión arterial en la consulta y en el domicilio es mayor de 20 mmHg para las PAS y de 10 mmHg para la PAD.
- Hipertensión clínica aislada o HTA de bata blanca: es la situación clínica de hipertensión arterial en la consulta y normotensión con la medición ambulatoria de la presión arterial.
- Hipertensión enmascarada: situación en la que se presentan cifras de presión arterial clínicas normales pero elevadas mediante la medición ambulatoria de la presión arterial. Este fenómeno se asocia con un aumento de la morbilidad cardiovascular.



Indicaciones para la medición ambulatoria de la presión arterial

- Sospecha de fenómeno de bata blanca e HTA de bata blanca
- Sospecha de HTA enmascarada
- Sospecha de hipotensión en pacientes tratados farmacológicamente
- Hipertensión resistente al tratamiento farmacológico
- Como guía para determinar la eficacia del tratamiento farmacológico a lo largo de las 24 horas.

TRATAMIENTO

CAMBIOS EN ESTILO DE VIDA

Se deben instaurar medidas que cambien el estilo de vida siempre que sea apropiado en todos los pacientes, incluidos los que necesitan un tratamiento farmacológico.

El objetivo es reducir la presión arterial, controlar otros factores de riesgo y reducir el número de dosis de fármacos antihipertensivos que posteriormente se administrarán.

Las acciones que se reconocen con un amplio efecto de reducción de la presión arterial o del riesgo cardiovascular y que es bueno considerar son:

- Dejar de fumar
- Reducción (y estabilización) del peso
- Reducción del consumo excesivo de alcohol
- Ejercicio físico
- Reducción del consumo de sal
- Aumento del consumo de frutas y verduras y reducción del consumo de grasas saturadas y totales

Las recomendaciones de estilo de vida deben instaurarse con un apoyo conductual y experto adecuado y deben reforzarse periódicamente



MANEJO FARMACOLÓGICO

Hay cinco clases principales de fármacos antihipertensivos

- Diuréticos tiazídicos
- Antagonistas del calcio
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
- Antagonistas de los receptores de la angiotensina
- Bloqueadores beta

La elección de un fármaco o combinación de fármacos y la evitación de otros deben tener en cuenta:

1. La experiencia previa favorable o desfavorable de cada paciente individual con una determinada clase de compuestos
2. El efecto de los fármacos en los factores de riesgo cardiovascular en relación con el perfil de riesgo cardiovascular de cada paciente
3. La presencia de lesiones subclínicas de órganos, enfermedad cardiovascular clínica, enfermedad renal o diabetes que puedan ser tratadas de manera más favorable con unos fármacos que con otros
4. La presencia de otros trastornos que puedan limitar el uso de clases específicas de fármacos antihipertensivos
5. Las posibilidades de interacciones con fármacos utilizados para otros trastornos

¿Cómo tratar los factores de riesgo?

- Fármacos hipolipemiantes
- Tratamiento antiagregante plaquetario
- Control de la glucemia

Se debe prestar atención continuada a los efectos secundarios de los fármacos, ya que son la causa más importante de falta de cumplimiento.

SEGUIMIENTO

El ajuste para el control de la presión arterial requiere visitas frecuentes para modificar la pauta de tratamiento en relación con los cambios de presión arterial y con la aparición de efectos secundarios

Una vez alcanzado el objetivo de presión arterial, la frecuencia de las visitas puede reducirse considerablemente. Sin embargo, no es recomendable un intervalo excesivamente amplio entre las visitas ya que dificulta una buena relación médico-paciente, que es crucial para que se cumpla el tratamiento a cabalidad.

El tratamiento de la Hipertensión debe mantenerse durante toda la vida, ya que en pacientes correctamente diagnosticados, el cese del tratamiento suele ir seguido de la reaparición del estado hipertensivo.

¿Cómo mejorar el cumplimiento del tratamiento?

- Informar al paciente sobre el riesgo de la Hipertensión y el beneficio de un tratamiento efectivo
- Proporcionar instrucciones escritas y orales claras acerca del tratamiento
- Ajustar la pauta de tratamiento al estilo de vida y las necesidades del paciente
- Simplificar el tratamiento mediante la reducción, si es posible, del número de medicamentos diarios
- Involucrar a la pareja o la familia del paciente en la información sobre la enfermedad y los planes de tratamiento
- Prestar mucha atención a los efectos secundarios (incluso cuando sean sutiles) y estar dispuesto a cambiar las dosis o tipos de fármacos en caso necesario
- Dialogar con el paciente respecto a la adherencia y estar informado de sus problemas
- Proporcionar un sistema de apoyo fiable y unos precios asequibles

RECUERDA

Emergencia hipertensiva: además de cifras altas de presión arterial $>180/110 - 120$ mmHg existe afectación de órganos diana

Urgencia hipertensiva o hipertensión severa: cuando se encuentran las cifras tensionales elevadas $>180/110 - 120$ mmHg pero sin afectación de órgano diana.

Emergencias hipertensivas

- Encefalopatía hipertensiva
- Insuficiencia ventricular izquierda hipertensiva
- Hipertensión con infarto de miocardio
- Hipertensión con angina inestable
- Hipertensión con disección de aorta
- Hipertensión grave relacionada con hemorragia subaracnoidea accidente vascular cerebral
- Crisis asociada a feocromocitoma
- Uso de drogas de abuso como anfetaminas, LSD, cocaína «éxtasis»
- Hipertensión perioperatoria
- Pre eclampsia o eclampsia graves

