



ACTUALIDAD: Guía Basada en Evidencia sobre el Manejo de la Hipertensión Arterial en Adultos. (2014)



Hospital San Juan de Dios. San José, Costa Rica. Fundado en 1845

ISSN
2215-2741

Recibido: 22/07/2014
Aceptado: 24/09/2014

HSJD
Elena Chaves Goicuria¹
Ibrahim Barguil Meza²

¹Médica General. Correo electrónico: elechag@gmail.com

²Especialista en Medicina Interna. Jefe del Servicio de Medicina Interna HSJD. Profesor de la Cátedra de Medicina Interna, UCR-HSJD. Profesor del posgrado de Medicina Interna UCR- CENDEISSS. Correo electrónico: ibarguil@ccss.sa.cr

Clasificación de las Recomendaciones

Grado	Características
A	Buena evidencia para recomendar su uso.
B	Moderada evidencia para recomendar su uso.
C	Pobre evidencia para recomendar su uso.
D	Moderada evidencia para desaconsejar su uso.
E	Recomendación de expertos, basada en experiencia clínica o descripción de casos.

El objetivo de este reporte es dar a conocer los resultados de los ensayos controlados aleatoriamente basados en evidencia sobre tratamientos/medicamentos para el manejo de la hipertensión en adultos.

Existe fuerte evidencia que se debe dar tratamiento a todas aquellas personas mayores o iguales a 60 años con hipertensión, para lograr presiones arteriales menores a 150/90 mmHg.

Pacientes entre 30-59 años deben mantener una presión diastólica menor a 90 mmHg. Los mismos rangos son recomendados para aquellos pacientes con diabetes, insuficiencia renal crónica y la población en general menor a 60 años.

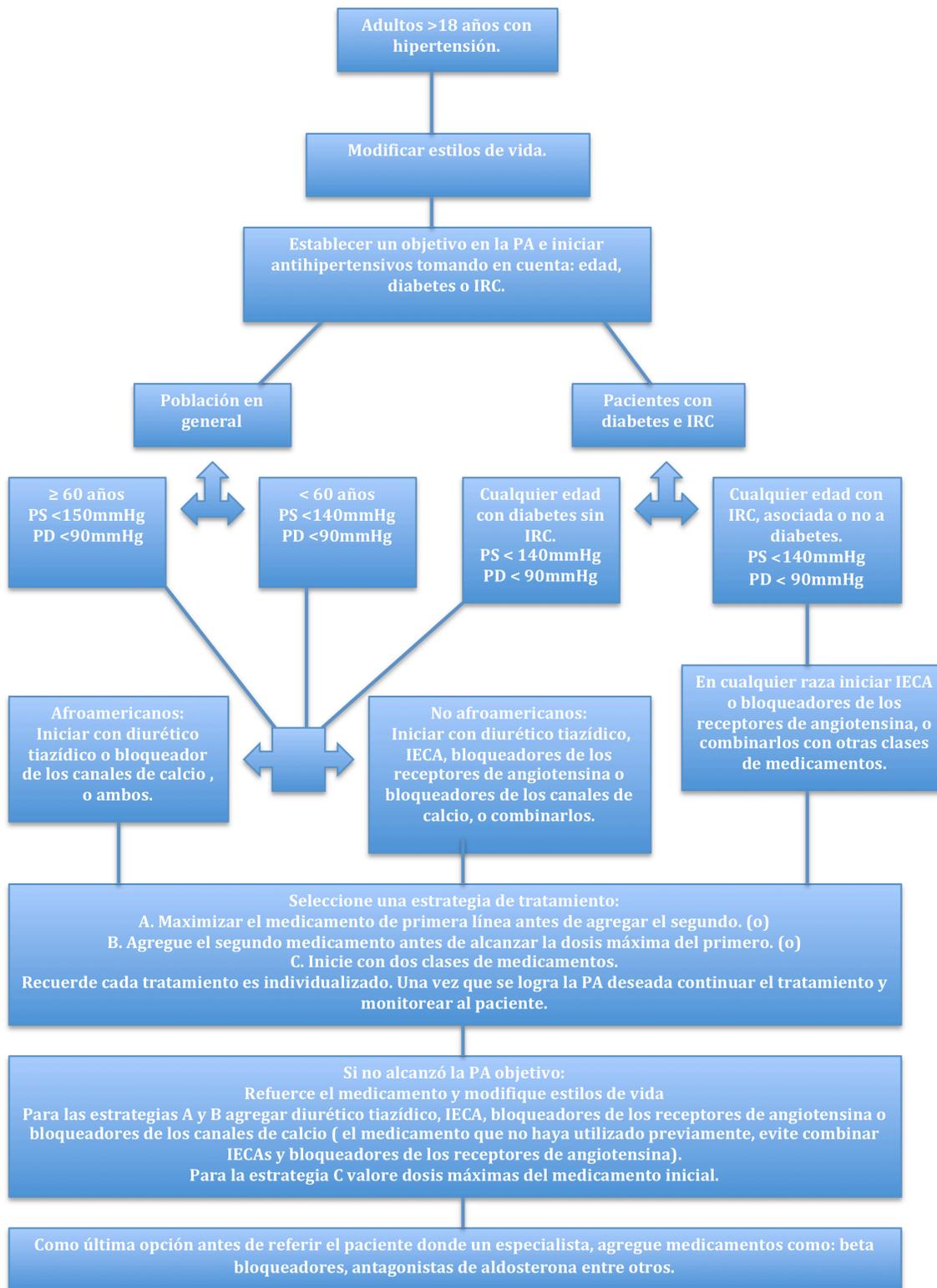
En la población no afroamericana con hipertensión, incluyendo aquellos con diabetes, se obtuvo evidencia moderada que apoya iniciar tratamiento con IECA, bloqueadores de los receptores de angiotensina, bloqueadores de los receptores de calcio y diuréticos tiazídicos.

Generalidades

Hoy en día la hipertensión arterial es la enfermedad más común que se observa en atención primaria.



Figura 1. Sumario de Recomendaciones.



Fuente Propia



En la población afroamericana incluyendo los que padecen de diabetes, se recomienda como primera opción los bloqueadores de los canales de calcio y los diuréticos tiazídicos. También se demostró que iniciar o agregar al tratamiento IECA o bloqueadores de los receptores de angiotensina en los pacientes con insuficiencia renal crónica mejoraba considerablemente su calidad de vida.

Resultados de las recomendaciones: En las recomendaciones de la uno a la cinco se habla sobre las metas del tratamiento. En la seis, siete y ocho se enfoca en la selección del tratamiento antihipertensivo. La nueve es un resumen que recopila la opinión de expertos sobre los tratamientos iniciales y secundarios.

Recomendaciones

UNO

En la población en general > 60 años iniciar tratamiento farmacológico cuando; PS \geq 150mmHg y PD \geq 90 mmHg. El objetivo: PS < 150 mmHg y PD < 90 mmHg. (Grado A).

Recomendación Corolaria: En la población en general \geq 60 años si el tratamiento farmacológico antihipertensivo alcanzó niveles menores a los recomendados y el tratamiento no está asociado a efectos adversos, este no debe de ser ajustado. (Grado E).

DOS

En la población en general < 60 años iniciar tratamiento farmacológico para disminuir la PD \geq 90 mmHg. El objetivo: PD < 90 mmHg.

Entre los 30-59 años (Grado A) y entre los 18-29 años (Grado E): En ambos grupos de edad, no existe evidencia que demuestre beneficios en disminuir las PD < 80 mmHg.

TRES

En la población en general < 60 años iniciar tratamiento farmacológico para disminuir la PS \geq 140 mmHg. El objetivo: PS < 140 mmHg. (Grado E)

CUATRO

En la población > 18 años con Insuficiencia Renal Crónica, iniciar tratamiento farmacológico cuando los niveles de la PS > 140 mmHg y PD > 90 mmHg. El objetivo: PS < 140 mmHg y PD 90 mmHg. (Grado E)

CINCO

En la población > 18 años con diabetes, iniciar tratamiento farmacológico cuando los niveles de la PS > 140 mmHg y PD > 90 mmHg. El objetivo: PS < 140 mmHg y PD 90 mmHg. (Grado E)

SEIS

En la población no afroamericana con diabetes, el primer tratamiento antihipertensivo debe incluir diuréticos tiazídicos, bloqueadores de los canales de calcio, IECA o bloqueadores de los receptores de angiotensina. (Grado B)

SIETE

En la población afroamericana con diabetes, el primer tratamiento antihipertensivo debe incluir diuréticos tiazídicos o bloqueadores de los canales de calcio.

Población afroamericana en general (Grado B)

Pacientes afroamericanos con diabetes (Grado C)

OCHO

En la población \geq 18 años con Insuficiencia Renal Crónica e hipertensión, se debe iniciar/agregar al tratamiento antihipertensivo IECA o bloqueadores de los receptores de angiotensina para obtener mayores beneficios. Aplica para todos los pacientes con problemas renales crónicos e hipertensión sin importar la raza y el grado de diabetes (Grado B)

NUEVE

El objetivo principal de la hipertensión es alcanzar una presión arteria óptima. Si después de un mes de tratamiento no se logra se debe aumentar la dosis del medicamento inicial o agregar un segundo medicamento (clases de la recomendación seis). Si con dos tratamientos



tampoco se obtiene, se debe valorar un tercer medicamento (clases de la recomendación seis). Si todavía con lo anterior no resulta en la presión deseada (debido a contraindicaciones o múltiples medicamentos al mismo tiempo) se agregan antihipertensivos de otras clases.

Nota: nunca utilizar un IECA y un bloqueador de los receptores de angiotensina al mismo tiempo.

Referir un paciente donde un especialista es necesario solo cuando no se logra obtener una presión arterial favorable después de todo lo anterior y cuando se esta ante un paciente complicado. (Grado E)

BIBLIOGRAFÍA

1. Staessen JA Fagard R Thijs L *et al.* *The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial investigators. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension.* Lancet. 1997; 350(9080):757-764.
2. Beckett NS Peter R Fletcher AE *et al.* *HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older.* N Engl J Med. 2008;358(18):1887-1898.
3. SHEP Cooperative Research Group. *Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP).* JAMA. 1991;265(24): 3255-3264.
4. Cushman WC Evans GW Byington RP *et al.* *ACCORD Study Group. Effects of intensive blood pressure control in type 2 diabetes mellitus.* N Engl J Med. 2010;362(17): 1575-1585.
5. Benavente OR Coffey CS Conwit R *et al.* *SPS3 Study Group. Blood pressure targets in patients with recent lacunar stroke: The SPS3 randomised trial.* Lancet. 2013; 382(989):507-515.
6. JATOS Study Group. *Principal results of the Japanese Trial to assess optimal systolic blood pressure in elderly hypertensive patients (JATOS).* Hypertens Res. 2008;31(12):2115-2127.
7. Verdecchia P Staessen JA Angeli F *et al.* *Cardio-Sis investigators. Usual versus tight control of systolic blood pressure in non-diabetic patients with hypertension (Cardio-Sis): an open label randomised trial.* Lancet. 2009;374:525-533.
8. Hypertension-Stroke Cooperative Study Group. *Effect of antihypertensive treatment on stroke recurrence.* JAMA. 1982;247(5): 633-638.
9. Medical Research Council Working Party. *MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results.* Br Med J (Clin Res Ed). 1985;291:97-104.
10. Report by the Management Committee. *The Australian therapeutic trial in mild hypertension.* Lancet. 1980;1:1261-1267.
11. Effects of treatment on morbidity in hypertension. *Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mmHg.* JAMA. 1970;213(7): 1143-1152.
12. UK Prospective Diabetes Study Group. *Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38.* BMJ. 1998;317:703-713.
13. Yusuf S Teo KK Pogue J *et al.* *ONTARGET investigators. Telmisartan, ramipril or both in patients at high risk for vascular events.* N Engl J Med. 2008;358(15):1547-1559.
14. Brenner BM Cooper ME de Zeeuw D *et al.* *RENAAL Study Investigators. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy.* N Engl J Med. 2001; 345(12):861-869.
15. Lewis EJ Hunsicker LG Bain RP *et al.* *The Collaborative Study Group. The effect of angiotensin converting enzyme inhibition on diabetic nephropathy.* N Engl J Med. 1993;329(20):1456-1462.
16. American Diabetes Association. *Standards of medical care in diabetes 2013.* Diabetic Care. 2013;36(1): S11-S66.
17. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. *KDIGO clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease.* Kidney Int Suppl. 2012;2(5):337-414.
18. Flack JM Sica DA Bakris G *et al.* *International Society on Hypertension in blacks. Management of high blood pressure in blacks: an update of the International Society on Hypertension in Blacks*



- consensus statement*. Hypertension. 2010; 56(5):780-800.
19. Gibbons GH Harold JG Jessup M Robertson MR Oetgen WJ. *The next steps in developing clinical practice guidelines for prevention*. J Am Coll Cardiol. 2013; 62(15):1399-1400.
 20. Gibbons GH Shurin SB Mensah GA Lauer MS. *Refocusing the agenda on cardiovascular guidelines: An announcement from the National Heart, Lung and Blood Institute*. Circulation. 2013;128(15):1713-1715