

Aproximación inicial al paciente hipertenso

Carlos Ignacio Ponte Negretti ¹

De todos los factores de riesgo cardiovascular modificables la hipertensión arterial (HTA) es posiblemente el más común como causa de consulta y el de mayor impacto en la población ⁽¹⁾.

La consulta inicial de un hipertenso es una oportunidad muy importante para valorar la presencia y severidad de otros factores de riesgo, establecer el riesgo global del paciente y en consecuencia tratarlo integralmente y en forma suficientemente agresiva para reducir al máximo posible la posibilidad de eventos cardiovasculares futuros ⁽²⁻³⁾.

En este sentido la primera consulta de un paciente con cifras tensionales elevadas debe durar al menos 30 minutos y sus objetivos deben ser:

1. Confirmar el diagnóstico de HTA para lo cual puede ser necesario, según sea el caso de cada paciente, la medición de la presión arterial (PA) en el consultorio, la medida de PA domiciliaria (AMPA) o el monitoreo ambulatorio de la PA (MAPA) de lo que se desprende que para lograr este objetivo pudiese ameritarse más de una consulta.

2. Establecer el estadio de la enfermedad según las cifras de presión arterial y diseñar el plan de estudio individualizado para detectar la presencia o no de otros factores de riesgo y de daño a órganos blanco.

3. Establecer el riesgo global del paciente, para lo cual se debe investigar e interrogar la presencia de factores de riesgo adicionales: Dislipidemia, diabetes mellitus, tabaquismo,

obesidad, antecedentes familiares, estatus socioeconómico. Este último punto cobra importante valor en Latinoamérica donde la condición socioeconómica es un factor de riesgo muy importante para futuros eventos cardiovasculares y al que se debe dar tanta importancia como a todos los otros enumerados ⁽⁴⁾.

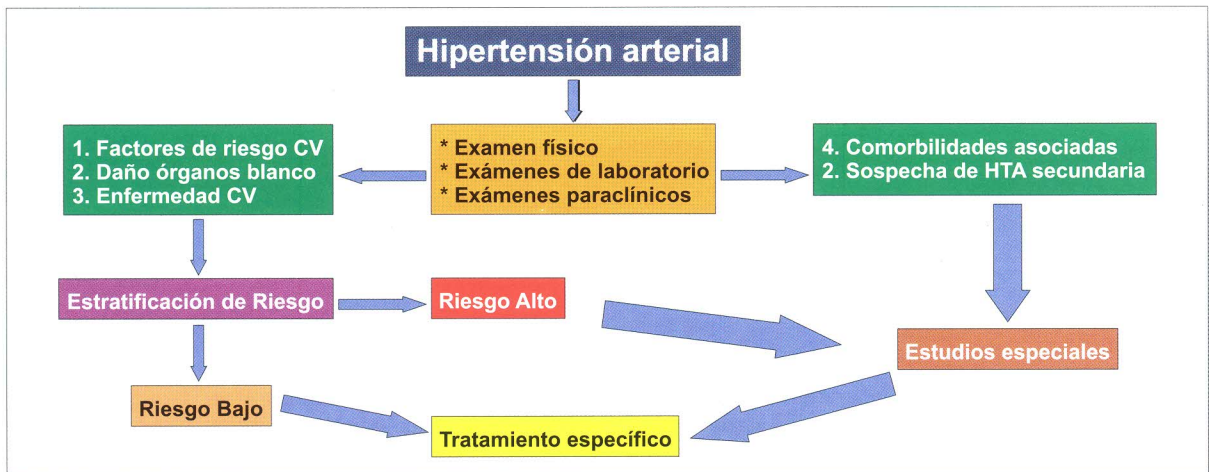
4. Identificar tratamientos previos interrogando efectividad y posibles reacciones y/o efectos secundarios.

5. Buscar posibles evidencias clínicas de hipertensión secundaria.

6. Diseñar un plan de tratamiento individualizado que debe incluir cambios terapéuticos del estilo de vida y cuando sea necesario medicación.

Historia clínica y examen físico inicial: ⁽³⁻⁵⁾

En la anamnesis inicial del paciente con HTA se debe precisar el tiempo de diagnóstico, el grado de control, si ha tenido crisis hipertensivas, cuáles son sus cifras tensionales habituales, los medicamentos usados en el pasado, explorar el grado de cumplimiento, precisar la historia de efectos adversos específicos de las drogas utilizadas anteriormente para el tratamiento de la HTA, interrogar síntomas sugestivos de daño a órganos blanco (disnea, edema, palpitaciones, angina, etc.), interrogar sobre la historia familiar de enfermedad hipertensiva y en caso afirmativo precisar la severidad.



¹ Médico Internista y Cardiólogo UCV. Especialista en Hipertensión Arterial (Universidad de Guadalajara), Profesor de Postgrado de Cardiología, Hospital Dr. Domingo Luciani IVSS, Vicepresidente de la Fundación Venezolana de Cardiología Preventiva.

El examen físico debe incluir: peso, talla, índice de masa corporal, cintura abdominal, examen cardiovascular completo, examen detallado de los pulsos periféricos evaluando la rigidez de la pared, búsqueda de soplos aórticos y carotídeos, investigar la presencia de edema periférico, auscultación pulmonar, examen abdominal incluyendo soplos periumbilicales, fondoscopia.

Los objetivos de la medida de la presión arterial son: confirmar el diagnóstico de HTA, precisar las cifras del paciente para definir el estadio y en consecuencia estratificar el riesgo de ese paciente y, por último, evaluar la presencia de ortostatismo (disminución de la PA mayor de 20mmHg la sistólica y/o 10mmHg la diastólica), fenómeno más frecuente en ancianos.

La medición de PA debe hacerse según las normas de la AHA⁽²⁾ con el paciente sentado y parado, por lo menos 2 tomas en cada posición y se toma el promedio de las mediciones como la PA en cada posición.

En los casos que sea necesario la medición domiciliaria, debe instruirse a la persona cómo hacerlo y realizarse preferiblemente con un esfigmomanómetro digital automático validado. Las cifras de tensión ambulatorias son un importante herramienta para valorar el control y el pronóstico del paciente hipertenso. Los valores considerados normales fuera del consultorio son menores a 135/85mmHg⁽³⁾.

Exámenes de Laboratorio⁽²⁻⁵⁾

Los objetivos de los exámenes de laboratorio son tres:

- 1) Detectar el daño a órganos blanco,
- 2) Diagnosticar la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular,
- 3) Descartar causas de HTA secundaria.

Deben incluir: hematología completa, glicemia en ayunas, BUN, creatinina, electrolitos, perfil lipídico completo, ácido úrico, transaminasas, T3, T4 y TSH, examen completo de orina. Una medición inicial de albuminuria en 24 horas añade importante información diagnóstica, pronóstica y ayuda a decidir opciones terapéuticas.

Exámenes paraclínicos recomendados⁽²⁻⁵⁾

Los objetivos de los exámenes paraclínicos son similares a los de los exámenes de laboratorio y la valoración inicial debe incluir: Electrocardiograma para evaluar cardiopatía isquémica y buscar criterios de hipertrofia ventricular izquierda, radiografía de tórax, para evaluar el

tamaño de la silueta cardíaca y la vasculatura pulmonar, ecocardiograma para buscar hipertrofia ventricular, valorar la función diastólica y sistólica, evaluar las válvulas cardíacas y buscar trastornos de la contractilidad.

Ultrasonido vascular de miembros inferiores, carotídeo o renal solo se solicitarán si la valoración clínica inicial así lo sugiere.

En algunos pacientes será necesario indicar Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA)⁽⁶⁻⁸⁾. Este método no reemplaza la medición convencional en el consultorio o en el domicilio pero da una más detallada información de la PA en 24 horas y su variación durante la noche, lo cual está relacionada con el daño a órganos blanco.

Las indicaciones de MAPA son:

- Hipertensión enmascarada.
- Hipertensión de bata blanca.
- Valoración del patrón circadiano (*dipping vs no dipping*, etc.).
- Sospecha de HTA refractaria.
- Evaluar respuesta al tratamiento en pacientes de alto riesgo.
- Confirmar el diagnóstico cuando hay diferencia entre los valores del consultorio y los domiciliarios.

Conclusión

En conclusión, la aproximación inicial de un paciente con elevación de sus cifras de PA puede hacerse en una o varias consultas, los objetivos son muy claros y deben tenerse en cuenta en todos y cada uno de los pacientes en los cuales se diagnostique HTA:

1. Confirmar el diagnóstico de HTA midiéndole en el consultorio o con mediciones ambulatorias: (MAPA o AMPA). Descartando a su vez HTA de bata blanca pseudo hipertensión e hipertensión enmascarada.

2. Una vez diagnosticada la HTA se debe clasificar al paciente según: cifras de PA en estadios 1, 2 ó 3, basado en el Consenso Latinoamericano de HTA⁽⁹⁾.

3. Determinar el riesgo añadido: factores de riesgo adicionales, daño en órgano blanco.

4. Establecer metas terapéuticas^(9,10).

5. Iniciar terapia con medidas no farmacológicas y farmacológicas en los casos que amerite⁽⁹⁻¹¹⁾.

6. Establecer tiempos de seguimiento.

Referencias bibliográficas

1. **Global atlas on cardiovascular disease prevention and control 2011/** edited by **Shanthi Mendis**. WHO library Cataloguing-in-Publication Data
2. **Bordley III J, Connor CAR, Hamilton WF, Kerr WJ, Wiggers CJ**. Recommendations for Human Blood Pressure Determinations by Sphygmomanometers. *Circulation*, 1951;4:503-509.
3. **Latinamerican Consensus on Arterial Hypertension J Hypertens** [Spanish Edition] 2001;6:83-110.
4. **Burlando G, Sanchez R, Ramos F, Mogensen C, Zanchetti A**. On behalf of the Latin American Experts Group. Latin American consensus on diabetes mellitus and hypertension. *J Hypertension* 2004;22:2229-2241.
5. **López-Jaramillo P, Sánchez RA, Diaz M, Cobos L, Bryce A, on behalf of the Latin America Expert Group**. Latin American consensus on hypertension in patients with diabetes type 2 and metabolic syndrome. *Journal of Hypertension* 2013;31:223-238.
6. **Mancia G, de Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G et al**. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007;25:1105-1187.
7. **Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, et al**. European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring. *J Hypertens* 2008;26:1505-1526.
8. **Palatini P**. Ambulatory blood pressure monitoring in clinical practice: is being superior good enough?. *J Hypertens* 2008;26:1300-1302.
9. **White WB**. Ambulatory blood pressure monitoring in clinical practice. *N Engl J Med* 2003;348:2377-2378.
10. **Sanchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velazquez C, Burlando G**. On behalf of the Latin America Expert Group. Latin American guidelines on hypertension. *J Hipertension* 2009;27:905-922.
11. **The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)**. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of hypertension* 2013;31(7).



ALAFARPE

ASOCIACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS

Innovación, Calidad y Ética

CORREO ELECTRÓNICO:

alafarpe@alafarpe.org.pe

WEB:

www.alafarpe.org.pe