

DOI: 10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.92-102

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1356>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 92-102



Manejo de la hipertensión arterial. Actualización

Management of arterial hypertension. Update

Tratamento da hipertensão arterial. Atualização

Grimanesa del Rocío Figueroa García¹; Zoila María Pacheco Ramos²; Jose Luis Estupiñan Vera³; Steven Alejandro Aguilar Miranda⁴

RECIBIDO: 20/11/2023 **ACEPTADO:** 15/01/2024 **PUBLICADO:** 30/05/2024

1. Especialista en Anestesiología; Magíster en Diseño Curricular; Doctora en Medicina y Cirugía; Docente de la Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; grimanesafigueroa1@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0005-1752-0584>
2. Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; zoila10pacheco@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0007-4261-5950>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; joseluisestupinanvera@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0007-7347-2868>
4. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; saaguilarczs5@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0003-2763-9496>

CORRESPONDENCIA

Grimanesa del Rocío Figueroa García

grimanesafigueroa1@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La HTA es el principal factor relacionado con la mortalidad en todo el mundo. Las cifras de presión aumentan progresivamente con la edad, por lo que la prevalencia de HTA depende extraordinariamente del segmento etario analizado. Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura médica existente, abarcando estudios clínicos, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica. La metodología incluyó la evaluación crítica de la evidencia disponible. Se destacó la importancia de un enfoque integral que combine cambios en el estilo de vida, como la dieta saludable y el ejercicio regular, con la utilización de una variedad de medicamentos antihipertensivos, adaptados a las necesidades individuales de los pacientes. Se concluyó que el manejo óptimo de la hipertensión arterial requiere una colaboración estrecha entre pacientes y profesionales de la salud, con un énfasis en la adherencia al tratamiento a largo plazo y el seguimiento regular para lograr resultados clínicos favorables y reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

Palabras clave: Hipertensión, Morbilidad, Etario, Inhibidores, Dieta.

ABSTRACT

Hypertension (HTN) is the main factor related to mortality worldwide. Blood pressure levels progressively increase with age, so the prevalence of HTN depends significantly on the age group analyzed. A comprehensive review of existing medical literature was conducted, encompassing clinical studies, systematic reviews, and clinical practice guidelines. The methodology included critical evaluation of available evidence. The importance of a comprehensive approach was highlighted, combining lifestyle changes such as a healthy diet and regular exercise with the use of a variety of antihypertensive medications tailored to individual patient needs. It was concluded that optimal management of arterial hypertension requires close collaboration between patients and healthcare professionals, with an emphasis on long-term treatment adherence and regular monitoring to achieve favorable clinical outcomes and reduce the risk of cardiovascular complications.

Keywords: Hypertension, Morbidity, Age-related, Inhibitors, Diet.

RESUMO

A hipertensão arterial (HTN) é o principal fator relacionado com a mortalidade em todo o mundo. Os níveis de pressão arterial aumentam progressivamente com a idade, pelo que a prevalência da HTA depende significativamente do grupo etário analisado. Foi efectuada uma revisão exhaustiva da literatura médica existente, englobando estudos clínicos, revisões sistemáticas e directrizes de prática clínica. A metodologia incluiu a avaliação crítica das evidências disponíveis. Foi salientada a importância de uma abordagem abrangente, combinando mudanças no estilo de vida, como uma dieta saudável e exercício físico regular, com a utilização de uma variedade de medicamentos anti-hipertensores adaptados às necessidades individuais dos doentes. Concluiu-se que a gestão óptima da hipertensão arterial requer uma colaboração estreita entre os doentes e os profissionais de saúde, com ênfase na adesão ao tratamento a longo prazo e na monitorização regular para alcançar resultados clínicos favoráveis e reduzir o risco de complicações cardiovasculares.

Palavras-chave: Hipertensão, Morbilidade, Relacionada com a Idade, Inibidores, Dieta.

Introducción

La hipertensión arterial es considerada una enfermedad de origen multifactorial, se destaca entre ellos la herencia, factores ambientales, hemodinámicas y humorales. Se ha señalado el papel del péptido atrial natriurético, sustancia relacionada con los cambios de presión auricular e hipotensión, el neuropéptico G que se comporta como un co-transmisor de la noradrenalina y puede participar en el control fisiológico del tono vascular y liberación en situaciones de estrés. En el endotelio 989 vascular se producen sustancias activas como prostaciclina, el óxido nítrico o factor derivado del endotelio con acciones vasodilatadores y un péptido con una gran acción vasoconstrictora; ellos intervienen directamente o por interacción con otras células sobre el tono vascular (1).

Esta enfermedad afecta más del 30% de la población adulta mundial y es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, especialmente enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, incluso para la presencia de: enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca y demencia (Arcentales Mero, 2021).

La HTA es el principal factor relacionado con la mortalidad en todo el mundo. Las cifras de presión aumentan progresivamente con la edad, por lo que la prevalencia de HTA depende extraordinariamente del segmento etario analizado. De muy baja prevalencia en individuos por debajo de los 30 años, puede alcanzar hasta el 80% en los mayores de 80 años. La hipertensión arterial es un factor de riesgo modificable, considerado un importante problema de salud. Se estima que aproximadamente un billón de personas la padecen en el mundo (3).

En respuesta al alto impacto en calidad y expectativa de vida, se han desarrollado múltiples blancos terapéuticos para el manejo de las presiones arteriales periféricas, muchas de las cuales tienen un amplio pe-

riodo de ser utilizadas en el manejo de esta condición. La efectividad en morbi-mortalidad generada por la disminución de las presiones arteriales ha sido corroborada en distintos estudios clínicos, siendo uno de los más importantes el estudio Framingham, el cual, entre otras variables demostró que los efectos adversos de la hipertensión pueden ser reducidos con la utilización de terapias antihipertensivas (4).

Metodología

La presente investigación se ha desarrollado como una la revisión bibliográfica sobre el manejo de la hipertensión arterial, la cual se inició con la identificación del tema de interés, enfocándose en las estrategias terapéuticas más actualizadas y efectivas. Se procedió a realizar una búsqueda exhaustiva de la literatura científica utilizando bases de datos como PubMed, Google Scholar y Scopus, utilizando términos de búsqueda específicos como "hipertensión arterial", "tratamiento", "manejo", y "recomendaciones". Posteriormente, se llevó a cabo un análisis exhaustivo de la información extraída para identificar tendencias, controversias y áreas de consenso en el manejo de la hipertensión arterial.

Resultados

La tensión arterial (TA) es una variable que oscila entre determinados valores y se ve modificada por factores endógenos y exógenos al propio individuo. Por ello, antes de catalogar a un sujeto como hipertenso debemos tener la certeza de que la medida de la tensión arterial es adecuada. Para que esto sea así se debe realizar en dos o más lecturas tomadas en dos o más visitas después de un rastreo inicial, con el sujeto en reposo y no agudamente enfermo, y sin tomar ninguna medicación que pueda influir en la TA. Así, en el adulto mayor de 18 años y según la VI revisión del Comité Nacional para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la HTA (VI JNC) se definen los siguientes valores:

Tabla 1. Clasificación de la HTA

	TAS	TAD
- Optimo	< 120	< 80
- Normal	< 130	< 85
- Alto-normal	130-139	85-89
- HTA grado 1	140-159	90-99
- HTA » 2	160-179	100-109
- HTA » 3	>/180	>/110
- HTA sistólica	>/140 con TAD <90	

Fuente: Moreno Palomares & Ferreira Passos (5)

Si la tensión arterial sistólica (TAS) y la tensión arterial diastólica (TAD) caen en distintas categorías se toma siempre la más alta. Respecto al VI revisión del Comité Nacional para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la HTA (V JNC) se ha eliminado el grado 4, por su rareza y por tener las mismas implicaciones que el 3 (5).

Tipos de hipertensión arterial

- HTA sistólica aislada. Es más frecuente en personas de más de 65 años de edad. Se considera así cuando la PAS es igual o mayor de 140 mmHg y la PAD es menor de 90 mmHg.
- HTA de bata blanca. Se considera con este tipo de HTA a las personas que tienen elevaciones de la PA frente al médico y es normal cuando es medida por personal no médico fuera de ese contexto (familiares, vecinos, enfermeros u otras personas o técnicos).
- HTA maligna. Es la forma más grave de HTA y se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos. Los pacientes tienen insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva significativa.
- HTA enmascarada. Es cuando la PA es normal en consulta y alta fuera del ambiente sanitario (6).

Factores de riesgo en pacientes con HTA

Tabla 2. Características demográficas y parámetros de laboratorio

Características demográficas y parámetros de laboratorio	
<ul style="list-style-type: none"> . Sexo masculino (a) . Edad avanzada (a) . Tabaquismo (actual o pasado) (a) . Dislipemia / hipercolesterolemia (a) . Hiperuricemia . Diabetes mellitus (a) . Sobrepeso / obesidad . Antecedente familiar de enfermedad CV prematura . Antecedente familiar de HTA prematura . Menopausia precoz . Inactividad física / sedentarismo . Factores psicológicos (estrés) y socioeconómicos (mala situación socio-económica o educacional) . Frecuencia cardíaca (>80 lpm en reposo) 	
Daño orgánico asintomático	
<ul style="list-style-type: none"> . Rigidez arterial: <ul style="list-style-type: none"> - Presión de pulso (personas mayores)>60 mmHg - Velocidad de onda de pulso (PWV) carótido-femoral 10 m/s . Hipertrofia ventricular izquierda (ECG / ecocardiograma) . Microalbuminuria o cociente albúmina:creatinina elevado (b) . Enfermedad renal crónica moderada (FG 30-59 ml/min) o grave (FG<30 ml/min) (b) . Índice tobillo-brazo <0,9 . Retinopatía avanzada: hemorragias o exudados, papiledema 	
Enfermedad CV o renal establecida	
<ul style="list-style-type: none"> . Enfermedad cerebrovascular: ictus isquémico, hemorragia cerebral, ataque isquémico transitorio . Enfermedad cardiovascular: infarto de miocardio, angina, revascularización miocárdica . Insuficiencia cardíaca (incluida IC-FEC) . Enfermedad arterial periférica . Fibrilación auricular . Presencia de placas de ateroma en estudios de imagen 	
(a) Factores incluidos en el sistema SCORE; (b) Factores de riesgo independientes	
CV: cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; FG: filtración glomerular; IC-FEC: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada.	

Diagnóstico

Las nuevas guías publicadas por los norteamericanos establecen un cambio en el diagnóstico y consideran hipertenso a todo aquel con cifras mayores o iguales a 130/80 mmHg. Esta decisión está fundamentada en el estudio SPRINT, el cual establece una clara asociación con el riesgo de infarto, ictus y muerte a partir de cifras de 120/80 mmHg. Se establecen dos grados de hipertensión en lugar de tres: uno a partir de las cifras de diagnóstico y el segundo con cifras mayores o iguales a 140/90 mmHg. Con esto, la prevalencia de la enfermedad en Estados Unidos se estima que aumenta desde un tercio a la mitad de la población. Lo mismo ocurriría en nuestra población, que presenta cifras similares del punto de vista epidemiológico (7).



Manejo no farmacológico

Tabla 3. Principal efecto sobre Presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) de las guías GES de Hipertensión Arterial y la Guía Europea de Manejo de Presión Arterial (ESH) 2023

Medida	Efecto sobre PAS/PAD ¹²	GES 2010 ⁷	ESC 2023 ¹¹
Restricción de sal	4.8/2.5 mmHg	B	IB
Aumento potasio en dieta	4-5 mmHg	-	IA
Pérdida de peso en obesos	0,5-2mmHg por cada Kg perdido	-	IA
Dieta DASH/mediterránea	6/4 mmHg	-	IB
Ejercicio aeróbico – resistencia dinámico - isométrico	4-6-3 mmHg	-	IB
Dejar de fumar	5-10/2-5 mmHg	A	IB

Fuente: García Muñoz et al (8).

Entre las intervenciones con mayor consenso, se destacan las recomendaciones relacionadas con el cese del hábito tabáquico, la restricción de la ingesta de sodio, el aumento del consumo de potasio en la dieta, la pérdida y el mantenimiento del peso ideal, la adopción de la dieta DASH/mediterránea, así como la reducción de grasas saturadas y carnes rojas en favor de una dieta rica en granos en-

teros. Además, se enfatiza la importancia de mantener una actividad física regular (8).

Tratamiento farmacológico en base a las guías European Society of Cardiology (ESC), American College of Cardiology (ACC) y de la Sociedad Europea de Hipertensión (European Society of Hypertension (ESH)) de 2018.

Tabla 4. Inicio del tratamiento antihipertensivo según las guías ACC/AHA 2017 y ESC/ESH 2018

PAS 130-139 mmHg o PAD 80-89 mmHg ^a ACC/AHA Tratamiento no farmacológico Tratamiento farmacológico en caso de ECV establecida o de riesgo de ASCVD > 10% en 10 años	ESC/ESH Tratamiento no farmacológico Tratamiento farmacológico en caso de ECV, particularmente cardiopatía isquémica
PAS 140-159 mmHg o PAD 90-99 mmHg y riesgo bajo ACC/AHA Tratamiento no farmacológico y farmacológico	ESC/ESH Tratamiento no farmacológico Considerar tratamiento farmacológico si la presión arterial permanece elevada tras 3-6 meses
PAS 140-159 mmHg o PAD 90-99 mmHg y riesgo moderado o alto ACC/AHA Tratamiento no farmacológico y farmacológico	ESC/ESH
PAS ≥ 160 mmHg o PAD ≥ 100 mmHg ACC/AHA Tratamiento no farmacológico y farmacológico	ESC/ESH

^a En la guía europea esta recomendación corresponde a casos con PAS 130-139 mmHg y PAD 85-89 mmHg.
ACC: American College of Cardiology; AHA: American Heart Association; ESC: European Society of Cardiology; ESH: European Society of Hypertension; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; ECV: enfermedad cardiovascular; ASCVD: atherosclerotic cardiovascular disease.

Fuente: Gorostidi et al (9).

Tablo 5. Inicio del tratamiento antihipertensivo según las guías NICE (2019), ISH (2020), SEMERGEN (2020) y SEMFYC (2019)

NICE (2019) (b)	- PA >140/90	- PA 140-159/90-99 y <60 años y riesgo CV <10% (c) - PA 140-159/90-99 y <80 años y ≥1 factores de riesgo CV (d) - PA >150/90 y >80 años	- PA ≥160/100
ISH (2020)	- PA 130-139/85-89 - PA 140-159/90-99 y riesgo CV bajo-moderado (g)	- PA 130-139/85-89 y riesgo CV alto (g)	- PA 140-159/90-99 y riesgo CV bajo-moderado (g); y PA no controlada con medidas no farmacológicas (3-6 meses) (h) - PA 140-159/90-99 y riesgo CV alto (g) - PA ≥160/100
SEMERGEN (2019)	- PA 130-139/80-89 y riesgo CV bajo-moderado (e)	- PA 130-139/80-89 y riesgo CV bajo-moderado (e); y PA no controlada con medidas no farmacológicas (3-6 meses) - PA 130-139/80-89 y riesgo CV alto (e)	- PA ≥140/90
SEMFYC (2019)	- PA 130-159/80-99 y riesgo CV bajo-moderado (e), sin enfermedad CV	- PA 130-139/80-89 y enfermedad CV y <80 años (sin fragilidad) - PA 140-159/90-99 y riesgo CV bajo-moderado (e), sin enfermedad CV; y PA no controlada con medidas no farmacológicas (3-12 meses)	- PA 140-159/90-99; y diabetes o riesgo CV alto (e) o afectación órganos diana o nefropatía o enfermedad CV - PA ≥160 /100 - PA ≥160/90 y >80 años (sin fragilidad)

(a) Cifras de PA en consulta (PS/PD, mmHg). Ver clasificación de HTA y objetivos de control de PA. (b) Antes de iniciar tratamiento farmacológico, valorar con el paciente: riesgo CV individual, preferencias de tratamiento (incluyendo posibilidad de no tratar), riesgos/beneficios del tratamiento farmacológico. (c) Cálculo de riesgo CV: QRISK2 risk assessment tool. (d) Afectación órganos diana, enfermedad CV establecida, nefropatía, diabetes y/o riesgo CV estimado ≥10%. (e) Cálculo del riesgo CV: SCORE (muy alto ≥10 %, especialmente con cardiopatía isquémica; alto 5%-10%; bajo/moderado <5%). (f) Cálculo de riesgo CV: ASCVD-Risk-Calculator. (g) Riesgo CV alto: cardiopatía, nefropatía, diabetes y/o afectación órganos diana; bajo-moderado: ninguno de los factores anteriores. (h) Si no es factible en todos los pacientes, sólo en 50-80 años.

HTA: hipertensión arterial; PA: presión arterial; PS: presión arterial sistólica; CV: cardiovascular; ACC/AHA: American College of Cardiology / American Heart Association; ESC/ESH: European Society of Cardiology / European Society of Hypertension; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; ISH: International Society of Hypertension; SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Fuente: Hoces et al (10).

Tablo 6. Indicaciones especiales, contraindicaciones y precauciones de uso de los grupos de fármacos antihipertensivos de uso más frecuente

Bloqueantes del sistema renina angiotensina: IECA o ARA II ^a		
Indicaciones especiales	Contraindicaciones	Precauciones
Fármacos de primera línea en el tratamiento de la HTA Insuficiencia cardíaca Post IAM ERC, particularmente con albuminuria elevada o proteinuria Diabetes	Embarazo Estenosis bilateral de arterias renales Hiperpotasemia > 5,5 mE/L Antecedentes de angioedema (IECA) Asociación de IECA y ARA II	Monitorizar función renal y potasio tras inicio en pacientes con ERC
Bloqueantes del sistema renina angiotensina: bloqueantes mineralcorticoides o antialdosterónicos		
Indicaciones especiales	Contraindicaciones	Precauciones
Insuficiencia cardíaca Fármacos de elección como cuarto fármaco en pacientes con HTA resistente	Hiperpotasemia > 5,5 mE/L	Monitorizar función renal y potasio tras inicio en pacientes con ERC Embarazo
Diuréticos		
Indicaciones especiales	Contraindicaciones	Precauciones
Fármacos de primera línea en el tratamiento de la HTA Diurético de asa en situaciones de insuficiencia cardíaca sintomática Diurético de asa en lugar de tiazidas si FGe < 30 mL/min/1,73 m ²	Gota ^b	En síndrome metabólico o hiperglucemia evitar dosis altas y asociación con betabloqueantes Embarazo
Calcioantagonistas dihidropiridínicos		
Indicaciones especiales	Contraindicaciones	Precauciones

Fármacos de primera línea en el tratamiento de la HTA	Taquiarritmias Edemas en miembros inferiores previos	Insuficiencia cardíaca con FE reducida (puede usarse amlodipino en caso necesario)
Calcioantagonistas no dihidropiridínicos		
Objetivo de PAD	Objetivo de PAD	Objetivo de PAD
Fármacos de primera línea en el tratamiento de la HTA	Bloqueos auriculares y aurículo-ventriculares Insuficiencia cardíaca con FE reducida Bradicardia Asociación con betabloqueantes	Estreñimiento Interacciones farmacológicas, son inhibidores del citocromo CYP3A4 Embarazo
Betabloqueantes		
Indicaciones especiales	Contraindicaciones	Precauciones
Fármacos de primera línea en el tratamiento de la HTA en las guías europeas Cardiopatía isquémica Insuficiencia cardíaca Embarazo (labetalol) Control de la frecuencia cardíaca en arritmias, particularmente fibrilación auricular	Asma Bloqueos auriculares y aurículo-ventriculares Bradicardia Asociación con calcioantagonista no dihidropiridínicos	En síndrome metabólico o hiperglucemia evitar dosis altas y asociación con diuréticos Deportistas y pacientes muy activos físicamente Embarazo, excepto lo indicado Evitar suspensión brusca
Indicaciones especiales	Contraindicaciones	Precauciones
Alfabloqueantes		
Indicaciones especiales	Contraindicaciones	Precauciones
Hipertrofia prostática	Hipotensión ortostática	Evitar formulaciones clásicas de liberación no prolongada Edad avanzada Embarazo
Fármacos de acción central		
Indicaciones especiales	Contraindicaciones	Precauciones
Embarazo (alfametildopa)	Estados depresivos	Efectos adversos neurológicos Evitar suspensión brusca (clonidina)
<p>^a Las consideraciones para los inhibidores directos de la renina (aliskirén) son similares a las de IECA y ARA II.</p> <p>^b En la práctica clínica puede ser necesaria la utilización de diuréticos en pacientes con hiperuricemia, especialmente en casos con HTA de difícil control; en ese caso se utilizarán las dosis más bajas posibles.</p> <p>IECA: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina; ARAII: antagonista de los receptores de la angiotensina; HTA: hipertensión arterial; IAM: infarto agudo de miocardio; ERC: enfermedad renal crónica; Fge: filtrado glomerular estimado; FE: fracción de eyección.</p>		

Fuente: Gorostidi et al (9).

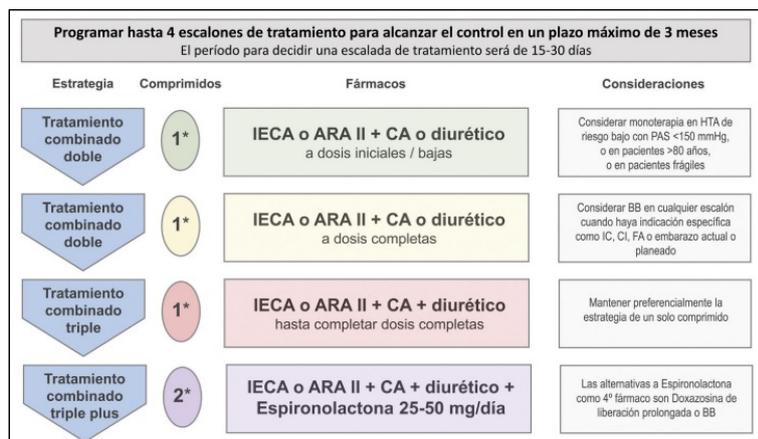


Figura 1. Estrategia básica para el tratamiento de la hipertensión arterial no complicada y para pacientes con lesión subclínica de órgano diana, diabetes, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica

Fuente: Gorostidi et al (9).

Comp: comprimido; IECA: inhibidor del enzima de conversión de la angiotensina; ARA II: antagonista de los receptores de la angiotensina II; CA: calcioantagonista; HTA: hipertensión arterial; PAS: presión arterial sistólica; BB: betabloqueante; IC: insuficiencia cardiaca; CI: cardiopatía isquémica; FA: fibrilación auricular.

La mayoría de los pacientes con HTA requieren tratamiento farmacológico, además de las modificaciones del estilo de vida. Al igual que en recomendaciones precedentes, las guías europeas ESC/ESH 2018 continúan considerando como primera línea para el tratamiento antihipertensivo a cinco tipos de fármacos: 1) inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA); 2) antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II); 3) betabloqueadores (BB); 4) calcioantagonistas (CA); y 5) diuréticos. Entre estos últimos se recomiendan de forma preferente los diuréticos tiazídicos y similares a tiazídicos como Clortalidona o Indapamida. La eficacia de estos cinco grupos de fármacos para reducir la PA y para reducir la morbimortalidad asociada a la HTA ha sido demostrada de forma indiscutible en múltiples ensayos clínicos y metaanálisis. El debate acerca de qué tipo concreto de fármaco ha de constituir la primera elección ha ido perdiendo fuerza con base en dos hechos evidentes como son que el beneficio del tratamiento se basa en la reducción en sí de la PA y que una amplia mayoría de pacientes hipertensos necesitan una combinación de fármacos para conseguir el control adecuado (9).

Otras consideraciones para el inicio del tratamiento

- Todas las guías recomiendan iniciar el tratamiento farmacológico en pacientes con $PA \geq 160/\geq 100$ mmHg, independientemente del riesgo CV; y a partir de $PA \geq 130/\geq 80$ mmHg, la mayoría (exceptuando el NICE) recomiendan que se considere cuando el riesgo CV sea alto o muy alto, o la PA no se controle

con medidas no farmacológicas. En pacientes con $PA \geq 140/\geq 90$ mmHg las recomendaciones difieren: SEMERGEN, de acuerdo con la guía americana, propone tratamiento farmacológico independientemente del riesgo CV; mientras que la guía europea, el NICE, la ISH y SemFyC, recomiendan que se considere en función del riesgo CV y la edad (10).

- En pacientes hipertensos muy mayores, frágiles, con multimorbilidad y/o esperanza de vida limitada, se recomienda una evaluación clínica individualizada para valorar el riesgo/beneficio del tratamiento farmacológico y plantear el objetivo de control de PA (10).
- La valoración global del paciente se considera un requisito previo para la selección del tratamiento antihipertensivo más adecuado en cada caso. Debe fundamentarse en la comorbilidad asociada, las características o circunstancias particulares, las contraindicaciones y el riesgo de efectos adversos e interacciones de los fármacos; además, tener en cuenta las prioridades y preferencias de cada paciente y el cumplimiento eventual del tratamiento (10).
- Salvo contraindicación expresa, los inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECA), los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II), los antagonistas del calcio (AC) y los diuréticos (tiazidas o análogos) se recomiendan como posibles fármacos de primera elección en el tratamiento de la HTA (en monoterapia o asociación), según la situación clínica de cada paciente. Otros fármacos se consideran también de utilidad para el tratamiento de la HTA, generalmente como alternativa a los anteriores; y algunos, como primera opción en situaciones específicas: betabloqueantes (BB), antagonistas de la aldosterona (AA), otros diuréticos (del asa, ahorradores de potasio), inhibidores directos de la renina (aliskireno), an-

tagonistas de receptores alfa-adrenérgicos, antiadrenérgicos de acción central y vasodilatadores directos (10).

Tratamiento combinado como estrategia inicial

Como se ha comentado, en la mayoría de los pacientes con HTA será necesaria la combinación de dos o más fármacos para conseguir un control adecuado, particularmente teniendo en cuenta la recomendación actual de un objetivo de control < 130/80 mmHg aplicable a un amplio porcentaje de casos. El tratamiento combinado de inicio es más eficaz para conseguir el control, incluso a dosis menores que las utilizadas en monoterapia al implicar a distintos mecanismos fisiopatológicos de acción. Además, el inicio de tratamiento combinado con una combinación de dos fármacos es seguro y bien tolerado. El inicio de tratamiento con una combinación forma parte de las estrategias clave para la mejora del control de la HTA (9).

Control y seguimiento de los pacientes

- Cuando se inicia un tratamiento antihipertensivo es esencial hacer un seguimiento de los pacientes para comprobar su eficacia, detectar posibles efectos adversos y valorar la evolución de los factores de riesgo CV y el daño orgánico (10).
- Las recomendaciones para el control y seguimiento de cada guía están condicionadas en parte por los diferentes criterios diagnósticos y de clasificación. En principio, la frecuencia de las revisiones dependerá del grado de HTA, la urgencia para reducir las cifras de PA, los factores de riesgo CV y la comorbilidad de cada paciente; y también podría influir la organización sanitaria local y los recursos sanitarios (10).
- Tras iniciar un tratamiento farmacológico, se recomienda realizar controles cada 1-2 meses, para comprobar las cifras de PA, el cumplimiento del tratamiento y posibles efectos adversos; y si se considera necesario, intensificar o modificar el tratamiento hasta alcanzar los objetivos de PA. Una vez controlada la PA, las revisiones pueden continuarse a intervalos de 3-6 meses para supervisar la evolución del paciente (cifras de PA, riesgo CV, daño orgánico) y revisar el tratamiento (eficacia, efectos adversos, cumplimiento) (10).
- En la guía NICE se recomienda una revisión anual de todos los pacientes que reciben tratamiento una vez controladas las cifras de PA, pero no se especifica un tiempo de control para comprobar si se alcanza el objetivo con cada tratamiento. En la guía ISH se recomienda un control a los 3-6 meses de iniciar un tratamiento para comprobar si se alcanza el objetivo de PA, pero no se especifica un período de control para el seguimiento posterior; y en la guía de SemFyC, tampoco hay una recomendación expresa para el seguimiento de los pacientes una vez controladas las cifras de PA (10).
- En pacientes con cifras de PA ligeramente altas y/o que sólo siguen medidas higienico-dietéticas, se recomienda también un seguimiento regular (revisiones cada 3,6 o 12 meses) para controlar la evolución de las cifras de PA y los factores de riesgo CV; y si se considera necesario, valorar si se inicia un tratamiento farmacológico. En pacientes adultos con cifras de PA consideradas “normales”, que no reciben ningún tratamiento antihipertensivo, también sería recomendable controlar la PA con cierta periodicidad (cada 1, 3, o 5 años), en función de las cifras de PA y los factores de riesgo CV; especialmente en familiares de hipertensos y/o en pacientes con otros factores de riesgo CV y si se considera necesario, recomendar cambios del estilo de vida (10).
- La falta de cumplimiento del tratamiento es uno de los principales motivos del control subóptimo de la HTA y afecta

hasta un 50% de los pacientes con HTA aparentemente “resistente”; por lo que resulta decisivo comprobarlo siempre, antes de pasar al siguiente escalón de tratamiento. Afecta al 10%-80% de los pacientes hipertensos, siendo lo más habitual el abandono prematuro o tomar dosis inferiores a las recomendadas. Se estima que alrededor de un tercio de los pacientes abandona el tratamiento a los 6 meses y casi la mitad pasado un año. El incumplimiento puede estar relacionado con múltiples factores, entre ellos: el sistema de salud, la complejidad o intolerancia del tratamiento, desconfianza o situación socioeconómica del paciente, actitud del médico o la denominada “inercia terapéutica” (10).

Conclusión

El manejo actualizado de la hipertensión arterial representa un enfoque integral que combina medidas farmacológicas y no farmacológicas para lograr un control efectivo de la presión arterial y reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares. Las directrices actuales destacan la importancia de la individualización del tratamiento, considerando factores como la edad, comorbilidades, y la tolerabilidad de los medicamentos. Además, se enfatiza la promoción de cambios en el estilo de vida, como la adopción de una dieta saludable, la actividad física regular, la reducción del consumo de alcohol y la gestión del estrés, como componentes fundamentales en la prevención y el manejo de la hipertensión. La colaboración entre pacientes y profesionales de la salud es esencial para optimizar los resultados y mejorar la calidad de vida de quienes viven con esta condición.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la actualización destaca la diversidad de opciones disponibles y la importancia de elegir el medicamento adecuado para cada paciente, en este contexto se puede mencionar los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) como por

ejemplo el enalapril o el lisinopril. Bloqueadores de los receptores de angiotensina II (BRA), similar a los IECA, como el losartán o el valsartán. Bloqueadores de los canales de calcio (BCC) como la amlodipina o el verapamilo. Diuréticos, como la hidroclorotiazida o la furosemida. Betabloqueantes, como el metoprolol o el carvedilol y Agentes bloqueadores alfa, como la prazosina o la doxazosina. Considerando las necesidades individuales y posibles efectos secundarios. Se hace hincapié en la adherencia al tratamiento a largo plazo y en la monitorización regular para ajustar la terapia según sea necesario.

Bibliografía

- Príncipe JCA, Tortoló IS, Salabert IA, Díaz MM, Cruz DG, Bouso AA. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. *Rev Médica Electrónica*. 2017;39(4):987-94.
- ARCENALES MERO JM. ACTUALIZACIÓN DEL MANEJO DE PACIENTES HIPERTENSOS Y SU EFECTO EN LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA [Internet]. UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ; 2021. Available from: <https://repositorio.ulead.edu.ec/bitstream/123456789/3525/1/ULEAM-ENF-0088.pdf>
- Roviralta LC, Parra WC, Leyva BG, Veloz MF V, Artigas LC. Actualización en hipertensión arterial. 2019. *LA Cienc AL Serv LA SALUD Y Nutr*. 2019;(10):33-40.
- Arellano-Moya A, Rodríguez-Beita F. Actualización farmacológica de los mecanismos de acción y el manejo de la hipertensión arterial. Artículo de revisión. *Acta Académica*. 2019;5:81-104.
- Moreno Palomares JJ, Ferreira Pasos EM. Hipertensión arterial: actualización de su tratamiento. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 1998;22(4):81-94.
- Espinosa Brito A. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. *Rev Finlay*. 2018;8(1):66-74.
- Artagaveytia P, Speranza N, Tamosiunas G. Actualización: nuevas recomendaciones internacionales en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Boletín Farm*. 2018;9(2).
- García Muñoz MC, Atria Balmaceda M, Droppelmann Tavelli SC. Manejo integral de la hipertensión arterial en atención primaria en Chile y la estrategia hearts, una revisión de guías de práctica clínica. *Rev Salud Comunitaria UANDES*. 2023;1.

Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertens y Riesgo Vasc [Internet]. 2022 Oct;39(4):174–94. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1889183722000666>

Hoces AM, Espínola VJ, Sánchez MML, Sáez, E. M., Hoces AM, Rodríguez MTN. Tratamiento de la hipertensión arterial: nuevas guías. Boletín Ter Andaluz. 2020;35(4):39–49.



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Figueroa García, G. del R., Pacheco Ramos, Z. M., Estupiñan Vera, J. L., & Aguilar Miranda, S. A. (2024). Manejo de la hipertensión arterial. Actualización. RECIAMUC, 8(2), 92-102. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(2\).abril.2024.92-102](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.92-102)