




Qué hacer y qué no hacer para mejorar el control de la hipertensión


medifichas

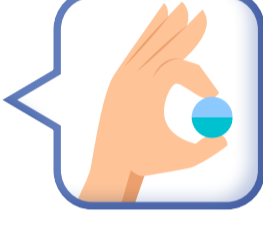
✓ Qué hacer


- 


1 **Diagnosticar correctamente la HTA**, según la media de las cifras tomadas 3 veces separadas 1 minuto en al menos 2-3 visitas a consulta, con un intervalo de 1 a 4 semanas (una sola visita solo es suficiente si la PA es $\geq 180/110$ mmHg y se constata daño orgánico específico o enfermedad cardiovascular)^{1,2}. Lo ideal es confirmar el diagnóstico mediante AMPA o MAPA^{2,3}.
- 


2 **Evaluar al paciente.** Determinar el RCV y buscar causas de HTA secundaria y manifestaciones clínicas de daño orgánico inducido por la HTA, mediante anamnesis, exploración física, hemoglobina o hematocrito, glucemia en ayunas, HbA1c, perfil lipídico, potasio, sodio, ácido úrico, creatinina, TFG, función hepática, cociente albúmina/creatinina y electrocardiograma de 12 derivaciones^{3,4}.
- 


3 **Iniciar el tratamiento farmacológico de forma inmediata** y simultánea a las intervenciones higiénico-dietéticas en los pacientes con HTA de grado 1 y RCV alto o evidencia de daño orgánico y en los pacientes con HTA de grado 2 o 3 (PAS >160 mmHg) y cualquier nivel de RCV^{1,3,4}.
- 

4 **Controlar la PA en un máximo de 3 meses en caso de usar tratamiento farmacológico.** El objetivo final de PAS para los pacientes <70 años es 120-130 mmHg, y para los ≥ 70 años, de 130 a 139 mmHg, si se tolera bien. El objetivo de PAD en todos los pacientes tratados es <80 mmHg^{3,4}.
- 

5 **Utilizar una combinación de 2 fármacos en una sola pastilla desde el principio** del tratamiento farmacológico^{1,3,4} en todos los pacientes, excepto en aquellos que tienen una PA basal cercana al objetivo y aquellos ≥ 80 años o frágiles⁴. La combinación más recomendable es un IECA o un ARA-II + un diurético tiazídico (o análogo) o un antagonista de los canales de calcio^{3,4}.
- 


6 **Añadir un tercer fármaco si no se controla la PA con dos fármacos:** IECA o ARA-II + antagonista de los canales de calcio + diurético tiazídico (o análogo). Derivar a un especialista en HTA si la PA no se controla con 3 fármacos (HTA resistente)^{3,4}.
- 


7 **Usar un bloqueante β** con cualquier antihipertensivo de las clases principales siempre que haya una indicación específica, como angina, infarto de miocardio reciente, insuficiencia cardíaca, control de la frecuencia cardíaca o mujeres embarazadas o que planean quedarse embarazadas^{3,4}.
- 

8 **Tomar la medicación antihipertensiva en una única toma nocturna**⁵⁻⁷.
- 

9 **Recomendar la AMPA como el mejor método de seguimiento a largo plazo.** Tomar la PA repetida entre 1 o 2 veces a la semana (máxima frecuencia recomendada) y 1 o 2 veces al mes (mínima frecuencia recomendada)².

✗ Qué no hacer

- 

1 **No se debe retirar el tratamiento farmacológico antihipertensivo basándose solo en la edad**, si el tratamiento se tolera bien³.
- 

2 **No se deben combinar IECA y ARA-II**^{3,4}.

AMPA: automedición de la presión arterial; ARA-II: antagonista de los receptores de la angiotensina II; HTA: hipertensión; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; RCV: riesgo cardiovascular; TFG: tasa de filtración glomerular estimada

descárgate más medifichas en www.almirallmed.es

1. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020;75(6):1334-57.
 2. Stergiou GS, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. J Hypertens. 2021;39(7):1293-302.
 3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Española Cardiol. 2019;72(2):160.e1-160.e78.
 4. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Eur Heart J. 2021;42(34):3227-337.
 5. Hermida RC, Crespo JJ, Domínguez-Sardiña M, Otero A, Moyá A, Ríos MT, et al. Bedtime hypertension treatment improves cardiovascular risk reduction: the Hygia Chronotherapy Trial. Eur Heart J. 2020;41(48):4565-76.
 6. Zhang P, Jin MY, Song XY, Wang Z, Jiang YH, Yang CH. Comparison of the antihypertensive efficacy of morning and bedtime dosing on reducing morning blood pressure surge: A protocol for systemic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2021;100(5):e24127.
 7. Mayor S. Taking antihypertensives at bedtime nearly halves cardiovascular deaths when compared with morning dosing, study finds. BMJ. 2019;367:16173.