

[Integrated Care Protocol: Hypertension].

Title: [Integrated Care Protocol: Hypertension].

Publication year: 2022

Journal: Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social

Authors: Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de innovación en Salud, Programa "A todo Corazón, Código Infarto". Ciudad de México, México.

Society: Instituto Mexicano del Seguro Social

Origin country: Mexico

Target countries: Mexico

DOI: 10.1371/journal.pmed.1000058

PMID: 35175695

Source: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35175695/>

pmc Rev Med Inst Mex Seguro Soc Rev Med Inst Mex Seguro Soc 4440 rmimss 101243727 Rev Med Inst Mex Seguro Soc Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 0443-5117 2448-5667 Instituto Mexicano del Seguro Social PMC10396066 PMC10396066.1 10396066 10396066 35175695 1 Artículo De Revisión Protocolo de Atención Integral: hipertensión arterial sistémica Integrated Care Protocol: Hypertension <https://orcid.org/0000-0001-8531-9923> Borrayo-Sánchez Gabriela gborrayos@yahoo.com.mx <https://orcid.org/0000-0001-8084-8981> Rosas-Peralta Martin <https://orcid.org/0000-0002-8740-3288> Guerrero-León María Cristina <https://orcid.org/0000-0002-4933-4883> Galván-Oseguera Héctor <https://orcid.org/0000-0002-1031-3946> Chávez-Mendoza Adolfo <https://orcid.org/0000-0003-0793-9910> Ruiz-Batalla Juana Marlen <https://orcid.org/0000-0003-3697-7764> Vargas-Peñafoel Joaquín <https://orcid.org/0000-0001-6793-7314> Cortés-Casimiro Virginia Rosario <https://orcid.org/0000-0002-0942-5123> Ramírez-Cruz Nancy Xochitl <https://orcid.org/0000-0002-3842-1906> Soto-Chávez Carlos Alberto <https://orcid.org/0000-0003-4710-9209> Durán-Arenas Juan Luis Gerardo <https://orcid.org/0000-0001-8280-4931> Avilés-Hernández Ricardo <https://orcid.org/0000-0002-7333-5798> Borja-Aburto Víctor Hugo <https://orcid.org/0000-0002-8252-3205> Duque-Molina Célida Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Innovación en Salud, División de Excelencia Clínica. Ciudad de México, México Instituto Mexicano del Seguro Social México Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Innovación en Salud, División de Excelencia Clínica. Ciudad de México, México Instituto Mexicano del Seguro Social México Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Gineco Obstetricia No. 23 "Ignacio Morones Prieto", Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Nuevo León, México Instituto Mexicano del Seguro Social México Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Cardiología, Servicio de Cardiopatías Valvulares, Degenerativas y Congénitas del Adulto. Ciudad de México, México Instituto Mexicano del Seguro Social México Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Cardiología, Clínica de Insuficiencia Cardíaca. Ciudad de México, México Instituto Mexicano del Seguro Social México Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 1, Coordinación de Educación e Investigación en Salud. Ciudad de México, México Instituto Mexicano del Seguro Social México Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional La Raza. Hospital de Especialidades, División de Cardio Neumo. Ciudad de México, México Instituto Mexicano del Seguro Social México Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Innovación en Salud, División de Excelencia Clínica. Ciudad de México, México Instituto Mexicano del Seguro Social México Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Innovación en Salud. Ciudad de México, México Instituto Mexicano del Seguro Social México Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, División de Excelencia Clínica, Área de Evaluación de Programas y Proyectos de Innovación. Ciudad de México, México Instituto Mexicano del Seguro Social México Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Ciudad de México, México Universidad Nacional Autónoma de México México

Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Unidad de Planeación e Innovación en Salud. Ciudad de México, México Instituto Mexicano del Seguro Social México Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Unidad de Educación e Investigación. Ciudad de México, México Instituto Mexicano del Seguro Social México Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas. Ciudad de México, México Instituto Mexicano del Seguro Social México gborrayos@yahoo.com.mx 2022 2022 60 Suppl 1 442238 S34 S46 18 11 2021 14 1 2022 01 01 2022 04 08 2023 02 11 2023 © 2023 Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2023 Instituto Mexicano del Seguro Social <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/4424/4319
Resumen la hipertensión arterial sistémica (HAS) es el factor de riesgo cardiovascular más común y es responsable de complicaciones como evento cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio, insuficiencia renal, arritmias y ceguera. Alrededor del 30% de la población adulta mayor de 20 años es portadora. El 40% de los portadores ignoran padecerla ya que su inicio general- mente es asintomático. Desafortunadamente de los que ya se saben hipertensos solo la mitad toma tratamiento farmacológico y de estos, tan solo la mitad logra cifras de control (<140/90 mmHg). Durante varias décadas no se ha logrado de forma contundente modificar la historia natural de esta enfermedad pese al avance fármaco terapéutico. El Instituto Mexicano del Seguro Social, lanza la iniciativa de los Protocolos de Atención Integral (PAI) de las principales enfermedades. En el presente protocolo se muestra cómo se concatenan los tres niveles de atención médica, el papel de cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario para la atención médica, incluyendo: médico, enfermera, trabajo social, psicólogo, nutricionista, entre otros y, la coparticipación del paciente. Se presentan los principales cambios en criterios diagnósticos, medición de la presión arterial dentro y fuera de consultorio, terapéutica farmacológica (monoterapia, terapia dual y terapia triple), no farmacológica y seguimiento. El abordaje diagnóstico-terapéutico usando algoritmos, así como también el abordaje diagnóstico de la hipertensión secundaria y formas especiales de hipertensión tales como en el embarazo, crisis hipertensivas, hipertensión en el adulto mayor, pacientes isquémicos o con nefropatía.

Hypertension is the most common cardiovascular risk factor that is responsible for complications such as cerebrovascular events, heart failure, acute myocardial infarction, kidney failure, arrhythmias and blindness. About 30% of the adult population older than 20 years is a carrier. 40% of carriers are unaware of suffering from it since its onset is generally asymptomatic. Unfortunately, of those who are already known to be hypertensive, only half take drug treatment and of these, only half achieve control figures (<14/90 mmHg). For several decades it has not been possible to forcefully modify the natural history of this disease despite the advancement of therapeutic drugs. The Mexican Institute of Social Security launches the initiative of the Integrated Care Protocols (PAI) of the main diseases. This protocol shows how the three levels of medical care are concatenated, the role of each of the members of the multidisciplinary team for medical care, including: doctor, nurse, social work, psychologist, nutritionist, among others and, to patient sharing. The main changes in diagnostic criteria, in-office and out-of-office blood pressure measurement, drug therapy (monotherapy, dual therapy and triple therapy) and non-drug therapy, and follow-up are presented. The diagnostic-therapeutic approach using algorithm as well as the diagnostic approach to secondary hypertension and special forms of hypertension such as in pregnancy, hypertensive crisis, hy- pertension in the elderly, ischemic or nephropathy patients.

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es el factor de riesgo cardiovascular más frecuente y predispone a insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, ceguera, fibrilación auricular, evento vascular cerebral (trombótico y hemorrágico) y la cardiopatía isquémica que corresponden a la principal causa de muerte en México y el mundo. 1 En el año 2020, considerado atípico por la pandemia COVID-19, se informó por el INEGI un total de 1,086,743 muertes, el 20.1% (218,704) correspondieron a enfermedades car- diovasculares. 2 Además, en el Informe de Labores y Programa de Actividades (ILPA) 2020-2021 el IMSS informó sobre un incremento en la carga económica debido a un incremento en la prevalencia de las principales enfermedades crónico-degenerativas, en donde resalta que 6.9 millones de pacientes hipertensos fueron

detectados y tratados, con un gasto de 52 284 millones de pesos en el 2020. 3 Diferentes encuestas nacionales realizadas en México desde el año 1993 han documentado una prevalencia promedio del 30% en población adulta mayor de 19 años. 4 , 5 En México se estima que cerca de 25.5 millones son portadores de HAS en mayores de 20 años y existe un gran reto en el diagnóstico y control. 5

Las diferentes guías internacionales para el diagnóstico y tratamiento de hipertensión hacen énfasis en el diagnóstico y una adecuada estratificación de riesgo como un elemento fundamental para la selección más apropiada del tratamiento y seguimiento de los pacientes. 6 El uso combinado de calculadoras electrónicas y la adecuada valoración clínica con énfasis en detectar daño a órgano blanco es la mejor ruta para estratificar a un paciente portador de HAS. 7 , 8 La necesidad del diagnóstico oportuno y el tratamiento no farmacológico incluyendo orientación nutricional es fundamental; especialmente en los pacientes con presión arterial limítrofe (Estadio I para la ACC/AHA) donde la terapia no farmacológica debe robustecerse. 8 , 9 , 10 Así como el mayor número de detecciones oportunas y el control óptimo con cifras de presión arterial < 130/80 mmHg y un límite inferior de 110/70 mmHg. Sin embargo, en el adulto mayor o con aterosclerosis periférica la meta óptima continúa siendo < 140/90 mmHg. El impacto de la nueva clasificación de la ACC/AHA para diagnóstico de hipertensión ha sido informada. 11 , 12 El cambio más relevante recientemente pro- puesto en las guías europeas es la terapia dual con el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o de antagonistas del receptor tipo 1 de angiotensina 2 (ARA2) más un antagonista del calcio (CaA) o triple (IECA/ ARA2) + CaA + diurético tipo tiazídico tipo hidroclorotiazida (HCTZ) de primera línea y dejar monoterapia para casos de HAS leve o para pacientes con vulnerabilidad como lo son los pacientes frágiles; el cambio a betabloqueador, si se desea el embarazo, es recomendable. 7 , 8

Ante las nuevas propuestas internacionales en el abordaje diagnóstico y terapéutico de pacientes con HAS, así como debido a un rezago en el diagnóstico y tratamiento oportunos de la HAS en nuestro país y a los gastos muy elevados en las enfermedades crónico-degenerativas en el IMSS, es por lo que se crean los Protocolos de Atención Integral (PAI), que pretenden estandarizar y homologar la atención de estas enfermedades. El PAI para HAS tiene como objetivo establecer acciones multidisciplinarias que se deben llevar a cabo por el personal de salud en los diferentes niveles de atención, enfatizando el empoderamiento del primer nivel, para otorgar la mejor atención posible a las personas afectadas por esta grave enfermedad.

En este documento se establecen de manera resumida acciones específicas para estandarizar el diagnóstico, estratificación y tratamiento de pacientes mayores de 20 años con HAS desde el primer nivel de atención. En una versión más extensa que el IMSS imprimirá se incluye el abordaje de situaciones y grupos especiales, tales como la urgencia mayor y menor, hipertensión y embarazo, 9 hipertensión y diabetes, 10 , 11 , 12 , 13 hipertensión y daño renal, 14 , 15 , 16 hipertensión en el paciente isquémico y en el adulto mayor. 4 , 7 , 8 , 17 Además, se enfoca a la estandarización del estudio del paciente con sospecha de HAS secundaria. 7 , 8

Se diseñó un modelo matricial para el desarrollo de los PAI, con expertos en cada área basados en la mejor evidencia científica para identificar actividades prácticas aplicadas al personal multidisciplinario involucrado en los tres niveles de atención. El PAI fue sometido a validación de terceros, expertos y operativos, para garantizar su comprensión y aplicabilidad. Se realizaron visitas de exploración diagnóstica a diferentes delegaciones en el interior de la República y se identificaron áreas de oportunidad (infraestructura, equipo, insumos y personal, aspectos de gestión y administración) a subsanar antes de la implementación. La parte de educación se identificó también como piedra angular para la adecuada implementación de los PAI.

En este PAI se consideran aspectos epidemiológicos, de promoción a la salud, prevención (primaria y secundaria), de diagnóstico clínico, diagnóstico diferencial, tratamiento no farmacológico y farmacológico 18

Las actividades imprescindibles se demarcaron por personal experto y se identifican con la letra I (Imprescindible) en verde (ensayos clínicos, metaanálisis, revisiones sistemáticas y guías internacionales y nacionales), las optativas con la letra O (Opcional) en amarillo y con la letra E (Evitar) en rojo las actividades que deben evitarse (cuadro I). Para fines de este documento solo se mencionan las actividades imprescindibles.

Cuadro I Representación gráfica del nivel de exigencia de las actividades. Cuadro I
Representación gráfica del nivel de exigencia de las actividades.

La población mexicana se distribuye aún en una pirámide poblacional de base ancha y ápex angosto, estableciendo que el 75% de la población hipertensa en México tiene menos de 55 años, es decir afecta predominantemente a la población económicamente activa. Sin embargo, este promedio debe ser considerado con reserva ya que factores como la edad, el peso, la diabetes, el tabaquismo y sedentarismo, así como la ingesta de sal pueden modificar de forma importante esta prevalencia. Así, por ejemplo, en una mujer joven (entre 20 y 34 años) sin factores asociados se espera una prevalencia del 8%, pero esa misma mujer con obesidad y diabetes incrementa su probabilidad de ser hipertensa a 27.2% (fenómeno de triple gradiente). 5 De acuerdo con el censo institucional los estados del norte continúan teniendo la mayor prevalencia comparado con el sur (24.5% en Sonora frente al 15% en Oaxaca), sin embargo, la tendencia actual muestra que los estados del sur han repuntado su prevalencia y tiene que ver con aspectos relacionados con obesidad.

La prevención primaria incluye el fomento a la salud mediante educación poblacional con buenos hábitos saludables, el cambio en el estilo de vida se pondera como una estrategia de alto impacto en la promoción de la salud.

* Otorga y utiliza materiales didácticos e informativos para dar consejería acerca de los factores de riesgo para el desarrollo de HAS, tales como trípticos, Guías para el Cuidado de la Salud, Calendario de Promoción de la Salud.

* Realiza acciones de protección específica en la población con factores de riesgo para el desarrollo de HAS.

* Deriva a estos pacientes a los programas de capacitación en promoción de la salud y hábitos saludables en la Unidad de Promoción para la Salud.

* Ofrece educación continua, ordenada y sistematizada con objetivos claros al diagnóstico y durante el tratamiento integral al paciente con HAS.

* Utiliza metodologías participativas que favorezcan el empoderamiento y el autocuidado del paciente con factores de riesgo.

* Contacta al derechohabiente y aplica las 5 "R":

* Refiere a los módulos de enfermería y trabajo social.

* Realiza todas las acciones preventivas correspondientes.

* Realiza búsqueda de derechohabientes con chequeos incompletos.

La HAS comienza de forma silente en la mayoría de los casos. Si bien se conoce que existen factores predisponentes como la herencia, la edad, el sobrepeso y obesidad, el sedentarismo, la alimentación hipercalórica y desbalanceada, el tabaquismo, la dislipidemia, la resistencia a insulina y diabetes, para el fomento a la prevención primaria es muy importante la educación nutricional y

de hábitos saludables desde edades tempranas (infancia). 7 , 9

Aún se presentan deficiencias en la detección de HAS, las últimas encuestas nacionales confirman que alrededor del 40% de los hipertensos desconocen su diagnóstico y solo entre el 30 al 40% están con cifras globales de control (<140/90 mmHg). 19 , 20

Un aspecto muy importante es la estratificación del riesgo del paciente portador de HAS. Si bien las guías internacionales recomiendan calcular el riesgo utilizando una aplicación web para calcular el riesgo de evento cardiovascular mayor a 10 años, el presente protocolo enfatiza la importancia de buscar daño a órgano blanco para la mejor estratificación de riesgo en el paciente hipertenso (cuadro II). Es de suma importancia de esta estratificación ya que permite incluso demarcar las metas terapéuticas siendo más estrictas en el paciente adulto con riesgo medio y alto (< 130/80 mmHg). 21

Cuadro II Estratificación de riesgo para pacientes con HAS de acuerdo con la presencia de factor de riesgo cardiovascular, diabetes o daño a órgano blanco. FR: Factor de Riesgo; DOBA: Daño a Órgano Blanco; ECV: Enfermedad Cardiovascular; DM: Diabetes Mellitus tipo 2

Semáforo: verde: bajo riesgo; amarillo: moderado riesgo; naranja: moderado a alto riesgo, rojo claro: alto riesgo, rojo oscuro: muy alto riesgo

*Énfasis en el cambio en el estilo de vida, aunque aplica en todos los escenarios

El daño a órgano blanco (DOBA) no debe soslayarse, por el contrario, debe difundirse su gran importancia y métodos de estudio. El espectro de daño a órgano blanco se muestra en el cuadro III .

Cuadro III Daño a órgano blanco y enfermedad cardiovascular. EVC: Evento vascular cerebral, ICT: Isquemia cerebral transitoria, ECG: Electrocardiograma, FG: Filtrado glomerular, HVI: Hipertrofia ventricular izquierda, IAM: Infarto agudo de miocardio, IC: Insuficiencia cardíaca

El diagnóstico oportuno es la piedra angular para el establecimiento de adecuadas estrategias terapéuticas y de prevención. Por lo tanto, todo inicia desde una adecuada estratificación de probabilidad de ser hipertenso y en el IMSS se utiliza la plataforma CHKT en Línea, donde se toman en cuenta aspectos como antecedentes familiares, peso, hábitos alimenticios, tabaquismo y sedentarismo. Otro aspecto que se resalta de manera muy importante en el presente protocolo es la adecuada medición de la presión arterial. El médico y el personal de salud deben estar familiarizados con la técnica y no soslayar este aspecto, pues mucho del quehacer terapéutico se basa en la adecuada toma de la presión arterial. Se sugiere que el paciente se encuentre sentado, tranquilo, sin haber fumado o tomado sustancias estimulantes como café, su espalda debe estar bien apoyada, los brazos descubiertos y en posición cómoda, el brazo en el que se va a tomar la presión debe estar bien apoyado y semiflexionado en una mesa apropiada; asimismo, debe guardar silencio mientras se toma la presión e idealmente el área debe estar con luz apropiada y sin ruidos excesivos. Debe palpase el pulso y definir si este es regular ya que se recomienda utilizar equipo digital cuando el pulso es regular y equipo anerode cuando el pulso es irregular. 7 , 8

Actualmente, el diagnóstico se establece dentro o fuera del consultorio. Dentro del consultorio el límite para considerar hipertensión es de 140/90 mmHg; pero la toma fuera de consultorio, sobre todo la domiciliaria (automedición), tiene un punto de corte de 135/85 mmHg. En otras palabras, los puntos de corte deben ser considerados de acuerdo con la circunstancia en que se está midiendo (cuadro IV).

Cuadro IV Criterios diagnósticos y de clasificación en pacientes con la HAS. Fuente: modificada de Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección,

diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica; Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Versión en español: Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-e78.

En la figura 1 se presenta el diagnóstico y seguimiento de los pacientes mayores de 20 años con medición casual de la presión arterial, de acuerdo con las cifras se dan las recomendaciones para establecer el diagnóstico y el abordaje terapéutico. Se hace mención de los dos métodos para medición fuera de consultorio que son: el monitoreo domiciliario de la presión arterial (MDPA) y el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA).

Figura 1 Diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial sistémica. HAS - Hipertensión Arterial Sistémica

MDPA - Monitoreo Domiciliario de la Presión Arterial, consiste en mediciones aleatorias 2 veces al día (mañana y tarde) por 10 días

PAS - Presión Arterial Sistólica PAD - Presión Arterial Diastólica PA - Presión Arterial

*Presión arterial casual: consultorio, domicilio, tamizaje, farmacia, PrevenIMSS. Ver técnica adecuada para la forma de la presión arterial.

Riesgo alto: más de dos factores de riesgo asociados o DM o calculadora de riesgo > 10%

El MDPA se ha venido popularizando en la última década y se debe a que ha demostrado ser muy útil en conocer más a fondo el comportamiento de la presión arterial en cada individuo. Además, permite al clínico identificar casos de HAS de bata blanca y HAS enmascarada, ambas con una prevalencia de alrededor del 20% (cuadro IV). Se sabe que con el tiempo los pacientes con HAS de bata blanca pueden evolucionar a HAS continua. De hecho, hay reportes de que ambas HAS de bata blanca y HAS enmascarada incrementan el riesgo cardiovascular. Es importante señalar que el punto de corte para declarar a un paciente con HAS difiere según sea la medición, es decir si es en consultorio el punto de corte es 140/90 mmHg. Si es registrada fuera de consultorio ya sea con MAPA o MDPA el punto de corte es 135/85 mmHg. Así, en la estrategia del PAI para HAS se promueve la toma fuera de consultorio e involucrar al paciente para su adecuado control, mediante la toma de presión en domicilio y llenar una bitácora que ayude al clínico a tomar mejores decisiones. Es importante incluso para documentar crisis hipertensivas. 22

El MAPA es un método deseable y de mucha ayuda diagnóstico-terapéutica. Consiste en la colocación de un dispositivo electrónico programable para cada hora hacer el registro automático de la presión arterial.

Una de las ventajas es que permite conocer el ritmo circadiano de la presión arterial y definir patrones de comportamiento promedio durante las 24 horas o bien, de las 12 horas del día y 12 horas de la noche. Esto último permite reconocer el patrón no deeper de la presión arterial situación que es común en los pacientes con síndrome de apnea respiratoria del adulto (SAOS). Esta patología genera hipoxia nocturna que se acompaña de descargas adrenérgicas importante que aumentan no solo la frecuencia cardíaca sino el nivel de la presión arterial. Es importante recordar que la presión normal durante la noche es menor o igual a 120/70 mmHg. 7 , 8

También permite reconocer elevaciones abruptas como en el feocromocitoma. Además, permite medir la variabilidad de la presión arterial, se sabe, que el aumento de la variabilidad se asocia a mayor riesgo cardiovascular. 22

Los estudios de laboratorio y gabinete son un tema crucial en el estudio del paciente con HAS. El soporte de su realización se basa en la detección de comorbilidades asociadas u otros factores de riesgo que permitirán una adecuada estratificación de riesgo cardiovascular. Los estudios

generales permitirán al clínico detectar daño a órganos blanco (DOBA), además de dar pauta para la realización de estudios especiales. Así, si un paciente en el examen general de orina se detecta proteínas, se procede a su cuantificación y la solicitud de ultrasonido renal. Si en la fundoscopia (fondo de ojo) de rutina hay sospecha de lesiones un estudio avanzado de retina está indicado. Un electrocardiograma alterado fundamenta el estudio ecocardiográfico (cuadro V).

Cuadro V Estudios de laboratorio generales y especiales para pacientes con HAS. Fuente: Grupo de trabajo HAS, 2020

Una de las características más relevantes del PAI es la integración del equipo extendido de atención médica con la participación de asistentes médicas, trabajo social, nutrición, psicología y rehabilitación. 19 , 20

En este sentido se enfatiza la promoción a la salud en las unidades de medicina familiar y en los derechohabientes sanos con la finalidad de modificar estilos de vida hacia una forma saludable. El ejercicio y el plato de buen comer, así como evitar el tabaquismo y el alcohol son medidas que se promueven ante el médico familiar y todo el equipo de salud. Asimismo, se establece las raciones y proporciones del contenido de alimentos balanceados. Se demarca la participan de trabajo social y de psicología.

En la figura 2 se dan las pautas del tratamiento con dual como primer paso y de acuerdo con la respuesta se hacen las recomendaciones para el segundo y tercer paso; así como las recomendaciones para la monoterapia como sigue:

Figura 2 Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial sistémica. Figura 2 Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial sistémica.

1. La monoterapia debe intentarse solo en pacientes con HAS leve y de bajo riesgo, o en casos especiales como adulto mayor y frágil, paciente hipersensible a terapia dual, o en embarazadas
2. Los pasos uno y dos deben intentarse en lo posible con medicamentos combinados en una sola píldora.
3. La meta en general es: < 130/80 mmHg pero, no menos de 110/70 mmHg.
4. Siempre tome en cuenta la tasa calculada de filtración glomerular para indicar apropiadamente el diurético que corresponda.
5. En el paso 3 debe de agregarse: Espironolactona a la terapia triple sino se logra la meta de control de la PA, previa toma de análisis para valorar función renal y/o riesgo de hipercalcemia. En caso de existir contraindicación para Espironolactona, puede iniciarse, Prazosina o un Beta bloqueador.
6. La principal causa de HAS resistente es la pseudo-resistencia que se debe básicamente a la falta de apego en la forma de los medicamentos y también a la falta de apego al tratamiento no farmacológico que es crucial.

El tratamiento farmacológico debe establecerse en todo paciente con hipertensión sostenida, sin embargo, el PAI para HAS en común acuerdo con las guías internacionales establece que la monoterapia debe jugar un papel especial y separado, designando a poblaciones con hipersensibilidad a terapia dual tales como el adulto mayor, el frágil, la embarazada o grupos con alta sensibilidad. No debe elegirse esta terapia como primera elección en el tratamiento global general. La monoterapia debe ser contemplada en caso de fragilidad o hipersensibilidad a terapia dual. 7 , 17 , 21 , 22 , 23

Es la terapia inicial que debe utilizarse como primera línea en la mayoría de los casos, como se muestra en la figura 1 la combinación inicial suele ser un IECA (Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina) o ARA2 (Antagonistas del Receptor tipo 1 de Angiotensina 2) + un antagonista del calcio o diurético tipo tiazídico. Se prefiere un antagonista del calcio si se tiene riesgo cardio metabólico o diabetes mellitus.

Si la meta de tratamiento (< 130/80 mmHg) no se alcanza lo recomendable es la terapia triple. Debe preferirse la presentación en una sola tableta lo cual mejora la adherencia terapéutica.

Esta estrategia debe ser la utilizada si la meta de tratamiento (< 130/80 mmHg) no se logra con terapia triple, en cuya situación debe ya sospecharse hipertensión arterial resistente o refractaria.

Esta manifestación patológica de la HAS debe sospecharse cuando a pesar de terapia triple más diurético tipo espironolactona u otro cuarto fármaco utilizado no logran la meta terapéutica. Estos casos deben ser derivados al especialista (cardiólogo de tercer nivel) para estudios especiales y valorar manejo a través de intervencionismo de arterias renales. 7

El abordaje de un paciente con sospecha de hipertensión secundaria se hace principalmente en dos poblaciones, en el joven < 30 años o bien, en el adulto mayor.

En el paciente joven se debe siempre sospechar y descartar causa secundaria ya que son los problemas de nefropatía los principales (estenosis de arteria renal, glomerulopatías, anomalías congénitas), en el adulto mayor y sobre todo en el que cambia su patrón de comportamiento de la hipertensión a una forma más grave, se debe siempre tener en mente la posibilidad de estenosis bilateral de las arterias renales por aterosclerosis.

El Protocolo de Atención Integral en hipertensión apoya en la toma de decisiones del clínico de primer, segundo y tercer nivel de atención dependiendo de la patología hipertensiva (cuadro VI).

Cuadro VI Resumen de actividades imprescindibles multidisciplinarias. Cuadro VI Resumen de actividades imprescindibles multidisciplinarias.

El abordaje del paciente con diabetes, daño renal, insuficiencia cardíaca, embarazo o bien cardiopatía isquémica, requieren de un abordaje especial, aunque la columna vertebral del tratamiento antihipertensivo se mantiene, la adecuación a monoterapia (embarazo) a uso de betabloqueador (insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica) o combinaciones de más de tres fármacos (HAS resistente) son temas que deben contemplarse en el juicio clínico. 24 , 25

1. El PAI es una nueva estrategia de abordaje diagnóstico terapéutico, preventivo y multidisciplinario en salud de los tres niveles de atención.
2. Utiliza como herramientas, cuadros y algoritmos de fácil entendimiento y aplicación.
3. Promueve medidas de promoción a la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria, estrategia terapéutica farmacológica y no farmacológica.
4. Se hace hincapié en utilizar terapia dual y triple de primera línea, dejando la monoterapia para casos especiales.
5. Se fomenta la participación activa del paciente en el autocuidado y auto medición domiciliar de la presión arterial.
6. Se empodera al primer nivel de atención para el manejo integral farmacológico con el uso de terapia dual y triple.

los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.