

Secretaría de Salud de Tlaxcala
Dirección de Servicios de Salud
Jefatura de Epidemiología

Volumen 1, nº 26

2016



Boletín Epidemiológico
Hipertensión Arterial Sistemica,
Tlaxcala

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de muerte en todos los países del mundo industrializado, y el análisis epidemiológico de este fenómeno ha permitido reconocer la existencia de unas variables biológicas denominadas factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, capaces de influenciar la probabilidad del padecimiento de accidentes cerebrovasculares, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o arteriopatía periférica. La hipertensión arterial es uno de estos factores de riesgo modificables y es considerado, en la actualidad, como uno de los mayores problemas de Salud Pública.

CONCEPTO Y CLASIFICACION

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (HTA secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (HTA primaria); pero se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la PA. La HTA es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de enfermedad vascular (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca o renal). La relación entre las cifras de PA y el riesgo cardiovascular es continua (a mayor nivel, mayor morbimortalidad), no existiendo una línea divisoria entre presión arterial normal o patológica. La definición de hipertensión arterial es arbitraria. El umbral elegido es aquel a partir del cual los beneficios obtenidos con la intervención, sobrepasan a los de la no actuación. A lo largo de los años, los valores de corte han ido reduciéndose a medida que se han ido obteniendo más datos referentes al valor pronóstico de la HTA y los efectos beneficiosos de su tratamiento.

DEFINICIONES Y CLASIFICACION DE LOS VALORES DE PRESION ARTERIAL

CATEGORIA	SISTOLICA (mmHg)	DIASTOLICA (mmHg)
OPTIMA	<120	<80
NORMAL	<130	<85
NORMAL – ALTA	130 - 139	85 - 89
HIPERTENSION GRADO 1 (Ligera)	140 - 159	90 - 99
HIPERTENSION GRADO 2 (Moderada)	160 - 179	100 – 109
HIPERTENSION GRADO 3 (Grave)	>179	>109
HIPERTENSION SISTOLICA AISLADA	>139	<90

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

La evaluación de los pacientes con hipertensión documentada tiene tres objetivos:

1. Evaluar los estilos de vida e identificar otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades concomitantes que puedan afectar el pronóstico y guiar el tratamiento.
2. Detectar causas identificables de elevación de la presión arterial (hipertensión secundaria).
3. Evaluar la presencia o ausencia de daño en órganos diana y otras enfermedades cardiovasculares.

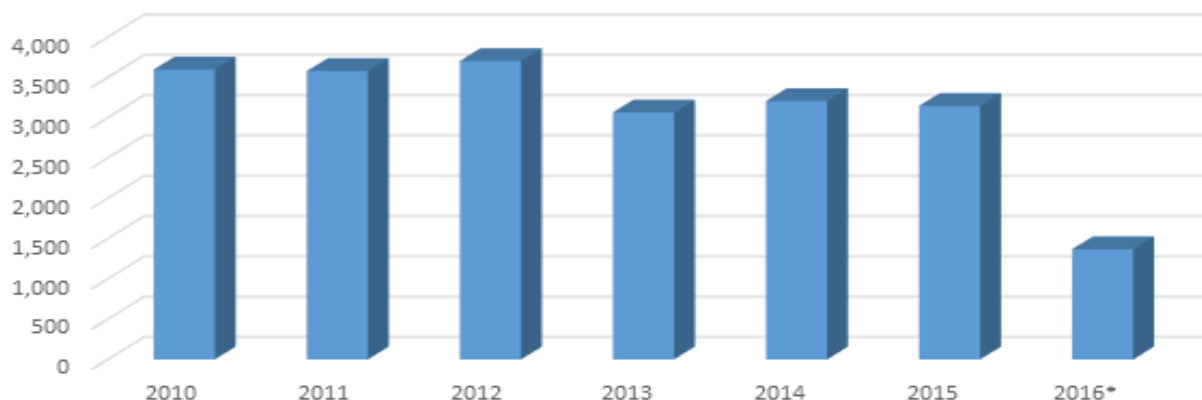
Los datos para cumplir con estos tres objetivos serán proporcionados por la entrevista médica, el examen físico, las pruebas de laboratorio y por otros procedimientos diagnósticos. El examen físico debería incluir una medición precisa de la presión arterial, con verificación en el brazo contralateral, el examen del fondo de ojo, el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) (también puede usarse la medida de circunferencia de cintura), la auscultación de los ruidos carotídeos, abdominales y femorales, la palpación de la glándula tiroidea, el examen minucioso del corazón y los pulmones, examen abdominal que incluya riñones, detección de masas palpables y pulsaciones aórticas anormales, la palpación de pulsos y la búsqueda de edemas en extremidades inferiores, así como la valoración neurológica.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES	CAUSAS CONOCIDAS DE HIPERTENSION ARTERIAL
Factores de riesgo más importantes	
<ul style="list-style-type: none"> • HIPERTENSION • Consumo de productos del tabaco • Obesidad (IMC \geq 30 kg / m²) • Inactividad física • Dislipidemia • Diabetes Mellitus • Microalbuminuria o tasa de filtrado glomerular (TFG) <60ml / min • Edad (mayores de 55 años para hombres, 65 para mujeres) • Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (hombres por debajo de 55 años y mujeres por debajo de 65 años) • Daños de órganos diana 	Apnea del sueño
CORAZON:	Hipertensión inducida por medicamentos o causas relacionadas
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertrofia ventricular izquierda • Angina o infarto del miocardio previo • Revascularización coronaria previa • Insuficiencia cardíaca 	Enfermedad renal crónica
CEREBRO:	Aldosterionismo primario
<ul style="list-style-type: none"> • Accidente cerebrovascular o ataque transitorio de isquemia 	Enfermedad renovascular
Enfermedad renal crónica	Tratamiento crónico con esteroides y Síndrome de Cushing
Enfermedad arterial periférica	Feocromocitoma
Retinopatía	Coartación de Aorta
	Enfermedad de la Tiroides y Paratiroides

EXÁMENES DE LABORATORIO Y OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Las pruebas habituales de laboratorio recomendadas antes de iniciar la terapia incluyen: electrocardiograma; análisis de orina; glucosa sanguínea y hematocrito; potasio sérico; creatinina, o la correspondiente estimación de la tasa de filtración glomerular (TFG) y calcio; perfil lipídico tras 9-12 horas de ayuna, que incluya lipoproteínas de alta y baja densidad y triglicéridos. Se consideran opcionales la excreción de albúmina urinaria o la razón albúmina/creatinina. A menos que no se consiga el control de la presión arterial, no se justifican otras pruebas.

Hipertensión Arterial Estado de Tlaxcala, años 2010 al 2016



SUIVE 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015

*hasta la semana 24, año 2016

Número de casos reportados por año de Hipertensión Arterial Sistémica, a partir del año 2010 al 2016.

TRATAMIENTO

Objetivos de la terapia

El objetivo último de la terapia antihipertensiva en términos de salud pública es la reducción de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular y renal. Aunque la mayoría de los pacientes con hipertensión, especialmente los que tienen 50 años o más, conseguirán temprano el objetivo de disminuir la PAD por debajo de 90 mmHg, el empeño prioritario debe ser bajar la PAS por debajo de 140 mmHg. La disminución de la presión arterial por debajo de 140/90 mmHg está asociada con un descenso en complicaciones cardiovasculares. En personas con hipertensión que padecen de diabetes o enfermedad renal, el objetivo es conseguir una reducción de la presión arterial por debajo de 130/80 mmHg. Modificaciones en los estilos de vida La adopción, por toda la población, de estilos de vida saludables es fundamental para prevenir la elevación de la presión arterial y es parte indispensable del manejo de las personas con hipertensión. Se han identificado que las modificaciones en los estilos de vida más importantes para bajar la presión arterial son: la reducción de peso corporal en obesos y sobrepesos, la adopción de la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) que es rica en potasio y calcio y baja en sodio, la actividad física y el consumo moderado de alcohol. La modificación de los estilos de vida reduce la presión arterial, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. Por ejemplo, una dieta DASH de 1.600 mg de sodio tiene un efecto similar a un tratamiento farmacológico con un solo medicamento antihipertensivo. Con la combinación de dos o más modificaciones del estilo de vida del tipo de las señaladas aquí se pueden conseguir mejores resultados en la reducción de la presión arterial.

Tratamiento farmacológico

Los resultados de diversos ensayos clínicos bien conducidos están aportando información sobre las diversas clases de medicamentos antihipertensivos. Tales estudios han demostrado que todos estos fármacos reducen las complicaciones de la hipertensión, a saber: los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs), los bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARAI), los betabloqueadores (BBs), los bloqueadores de los canales del calcio (BCC) y los diuréticos tipo tiazidas.

Los diuréticos tipo tiazidas han sido la base de la terapia antihipertensiva en la mayoría de los ensayos clínicos. En estos ensayos, incluyendo la reciente publicación de Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack (ALLHAT), las ventajas de los diuréticos en la prevención de las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión no han sido superados por ninguna otra clase de fármacos. La única excepción ha sido el ensayo Second Australian National Blood Pressure, donde se observaron unos resultados discretamente mejores, en particular en hombres blancos, cuando se iniciaba el tratamiento con IECAs en lugar de con diuréticos tiazidicos. Los diuréticos aumentan la eficacia antihipertensiva de múltiples regímenes, pueden ser usados para conseguir el control de presión arterial, y son más asequibles que otros medicamentos. A pesar de estos hallazgos los diuréticos permanecen subutilizados. Los ensayos clínicos, aleatorios y controlados, han demostrado los beneficios de utilizar los diuréticos del tipo tiazida como terapia inicial en la mayoría de los personas con hipertensión, ya sea como único medicamento o en combinación con otras clases de antihipertensivos (IECAs, ARA II, BBs, BCC). Si un fármaco no es tolerado o está contraindicado, debería usarse uno de otra clase con efectos demostrados sobre la reducción de eventos cardiovasculares.

La mayoría de los pacientes con hipertensión van a requerir dos o más medicamentos antihipertensivos para conseguir cifras por debajo de 140/90 mmHg. La asociación de un segundo fármaco de diferente clase debería iniciarse cuando la monoterapia en dosis adecuadas falla para conseguir el objetivo de control. Cuando la presión arterial supera en 20/10 mmHg la cota de control (140/90 o 130/80), se debería iniciar la terapia con dos medicamentos, bien en presentaciones farmacológicas separadas o en combinaciones en dosis fijas. La iniciación de la terapia farmacológica con más de un agente puede incrementar la probabilidad de conseguir el objetivo de control de una forma oportuna, pero es preciso adoptar precauciones adicionales en aquellas personas con riesgo de hipotensión ortostática, diabetes, disfunción autonómica, y edad avanzada. Debería considerarse el uso de fármacos genéricos o combinaciones de fármacos para reducir el costo de la prescripción.

SALUD DE TLAXCALA

CALLE IGNACIO PICAZO NORTE No. 25
COL. CENTRO
SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAXCALA
C.P. 90800

JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA

TELEFONOS:
246 46 2 10 60
Ext: 8072 y 80 76
Directo: 246 46 2 53 23