# Boletín Nº36 Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

## *HIPERTENSIÓN ARTERIAL*

COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

## Introducción

Existe amplia evidencia científica para considerar a la hipertensión arterial (HTA) como el factor de riesgo de mayor peso en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ya que está fuertemente asociada a la ocurrencia de diversas patologías como la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, las enfermedades de la aorta y arterias periféricas, la demencia, la insuficiencia renal y la retinopatía. Su prevalencia impacta negativamente en la mortalidad total, en la discapacidad y en los costos socio-sanitarios. En términos de muertes atribuibles, la HTA es responsable del 19% de todas las defunciones a nivel mundial (10.455.000 defunciones en el año 2016).

Afecta a una de cada 3 personas adultas, siendo el principal factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, disminuyendo la calidad y expectativa de vida. En los datos reportados por la encuesta nacional de factores de Riesgo en 2018, (4ENFR) se observo una prevalencia de presión arterial elevada por auto-reporte del 34,7%, mientras que en la fase de mediciones objetivas el 40,6% tuvo la Presión elevada. Siendo el indicador de prevalencia combinada de HTA del 46,6%. Si bien dentro de esta población ya se encontraban personas se conocían hipertensos, 3 de cada 10 también tuvieron la presión elevada en el momento de las mediciones, lo cual confirma el alto nivel de sub-diagnóstico de esta condición, que requiere de una búsqueda activa y rastreo sistemático.

En nuestra provincia se observa un Prevalencia de por auto-reporte en la población de 18 años y más del 39.5% habiéndose incrementado un 4 %con respecto al ENFR de 2013. De ellos el 59% recibió algún tratamiento durante las últimas dos semanas, y a su vez solo la mitad de éstos se encuentra con su PA estable. En conclusión, solo 1 de cada 5 hipertensos está controlado.

Sumado a esta situación, la vigilancia epidemiológica a través de la ENFR ha evidenciado la elevada prevalencia de factores de riesgo en nuestra provincia que condicionan la aparición de muchas de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. En este sentido a pesar de que el consumo de tabaco se presenta en descenso, una cuarta parte de la población adulta es tabaquista, un 40% de la población es inactiva y sólo el 6% consume frutas y verduras diariamente según lo recomendado por la OMS. El exceso de peso (sobrepeso + obesidad) se ha incrementado un 45% en 13 años y este ha sido a expensas del aumento de la obesidad. Esta presentación, se observa en niños, niñas y adolescentes, sumado a los malos patrones de consumo, y los entornos obesogénicos permite pronosticar la carga de morbi-mortalidad que tendrán en unos pocos años de ECNT, si no se fortalece el trabajo en modificar los estilos de vida de

| Indicadores Provincia Entre Ríos | ENFR 2013 (%) | ENFR 2018 (%) |
|---|---|---|
| Consumo de Tabaco | 25.1 | 22.2 |
| Actividad Física Baja | 53.3 | 40 |
| Consumo de al menos 5 porciones de frutas o verduras al día | 4.9 | 6 |
| Sobrepeso | 37.1 | 36.2 |
| Obesidad | 20.8 | 25.4 |
| Diabetes 2 | 7.8 | 10.8 |
| HTA | 35.8 | 39.5 |

## DEFINICIÓN DE LA HTA

La tensión arterial es producto de la fuerza con que la sangre presiona contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) a medida que es bombeada por el corazón. Se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, que se produce cuando el corazón se contrae. El segundo corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, que se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro. . La hipertensión se produce por el incremento, sostenido en el tiempo, de la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias. Y Visto el significativo incremento del riesgo asociado con Presión Arterial Sistólica > 140 mmHg, Presión Arterial Diastólica > 90 mmHg, o ambas, esos valores se consideran el umbral para el diagnóstico.

***Una persona mayor a 16 años tiene Hipertensión Arterial si en al menos 2 consultas en días no consecutivos presenta valores promedios mayor o igual a 140 mmHg de Presión Sistólica o 90 mmHg de Presión Diastólica***

**Si la hipertensión se detecta pronto es posible minimizar el riesgo de infarto de miocardio, ACV, insuficiencia Cardíaca e insuficiencia renal**

**Todos los adultos deben controlarse y conocer los valores de su tensión arterial**

**Tabla 1.** Clasificación de la presión arterial en consultorio, en mayores de 16 años

| Categoría | Sistólica (mmHg) | | Diastólica (mmHg) |
|---|---|---|---|
| PA normal | < 130 | y/o | < 85 |
| PA limítrofe | 130-139 | y/o | 85-89 |
| **Hipertensión** | | | |
| HTA nivel 1 | 140-159 | y/o | 90-99 |
| HTA nivel 2 | 160-179 | y/o | 100-109 |
| HTA nivel 3 | ≥ 180 | y/o | ≥ 110 |
| **HTA sistólica aislada** | ≥ 140 | Y | < 90 |

Sin tomar fármacos antihipertensivos y sin enfermedad aguda. Cuando las presiones sistólica y diastólica califican en categorías diferentes, se debe elegir la más alta, basados en el promedio de dos mediciones obtenidas en dos o más visitas luego del examen inicial.

## Objetivos del diagnóstico de HTA

### 1° Confirmar la presencia de HTA:

- Medición de TA en consultorio
- Monitoreo domiciliario de TA (MDPA)
- Monitoreo ambulatorio de TA (MAPA)

### 2° Establecer el riesgo cardiovascular global identificando:

- Factores de Riesgo cardiovasculares
- Daño de órganos blanco
- Condiciones clínicas asociadas (DBT- Dislipemia- cardiopatía isquémica)

### 3° Identificar causas de HTA secundaria:

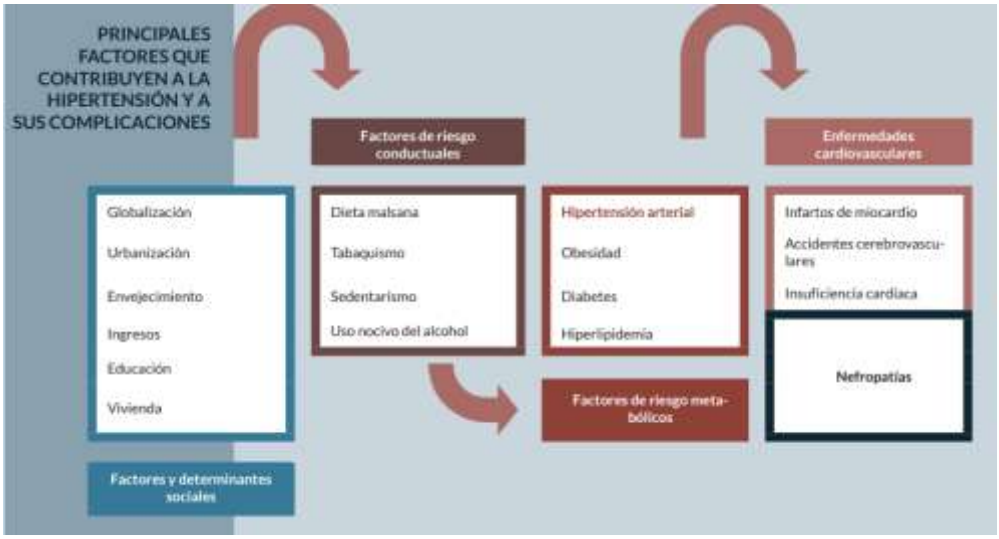
- Trastornos endocrinos
- Enfermedades congénitas
- Enfermedades renales
- Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

## CAUSAS DE LA HTA

Pueden existir **factores genéticos** que implican predisposición a padecer la enfermedad, sin embargo estos no son necesariamente determinantes. Y si bien la **edad** es la principal condición asociada al desarrollo de HTA, factores de Riesgo relacionados con **el comportamiento** (dieta inadecuada con un elevado consumo de sodio, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, estrés), y **los determinantes sociales** de la salud como son: los ingresos, la educación y la vivienda, influyen directamente en la aparición de la Hipertensión.

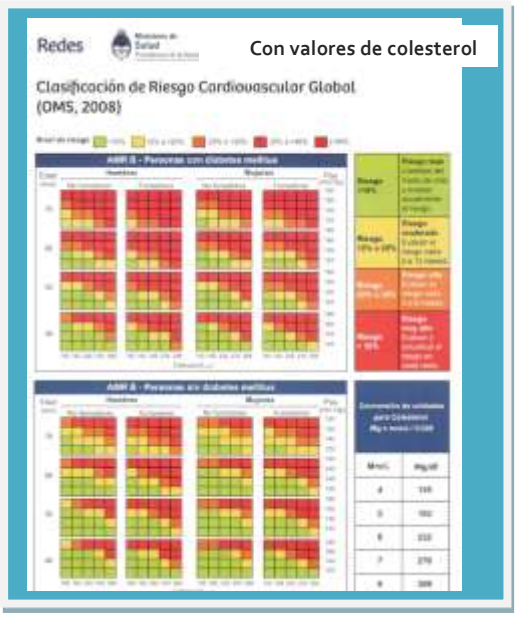
Además, existen **factores metabólicos** que aumentan el riesgo de aparición de hipertensión, como la diabetes, la hipercolesterolemia y el sobrepeso u obesidad. Y dado que estos factores de riesgo cardiovascular comparten factores etiológicos (sedentarismo, alimentación no saludable, etc.), tienden a presentarse agrupados.

Todos ellos interactúan incrementando la posibilidad de aparición de **HIPERTENSION** y multiplican la probabilidad de padecer una **ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**.




## CLAVES PARA UNA CORRECTA MEDICION DE TA

- Registrar la TA en ambos brazos identificando el dominante (donde el valor es mayor)
- Realizar al menos dos tomas, considerando un promedio entre ambas mediciones sin redondear.
- Si la diferencia es mayor a 5 mmHg repetir las mediciones
- En ancianos y DBT también registrar la TA estando de pie
- En niños y adolecentes registrar también la TA de Miembros Inferiores
- Registrar conjuntamente la Frecuencia Cardiaca




## CÁLCULO DE RCVG

La medición del Riesgo Cardiovascular Global, permite estimar y estratificar el riesgo cardiovascular (CV) a 10 años, especialmente a las personas entre 40 y 19 años con diagnóstico de hipertensión o diabetes. Indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular (IAM-ACV mortal o no) en un período de 10 años. Para calcular el riesgo se deben seguir los siguientes pasos:

1- Descartar que la persona presente Enfermedad CV establecida (enfermedad coronaria, infarto de miocardio, ACV, antecedentes de revascularización, Enf. Renal Crónica etc.)

2- Recopilar información sobre factores de riesgos; Diabetes, sexo, fumador, edad, Presión arterial sistólica (PAS) y según la tabla colesterol total.

3- Elegir la tabla de acuerdo a la presencia o ausencia de diabetes, elegir el cuadro según sexo, edad y si es o no fumador

4- Localizar la celda correspondiente al nivel de presión y depende la tabla al valor del colesterol obtenido

**Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) no deben tratarse cada uno por separado sino que el paquete de intervenciones debe adecuarse al riesgo global. La presencia de varios factores de riesgo en pequeña magnitud puede determinar un riesgo igual o mayor que uno solo en gran medida.**

## TRATAMIENTO

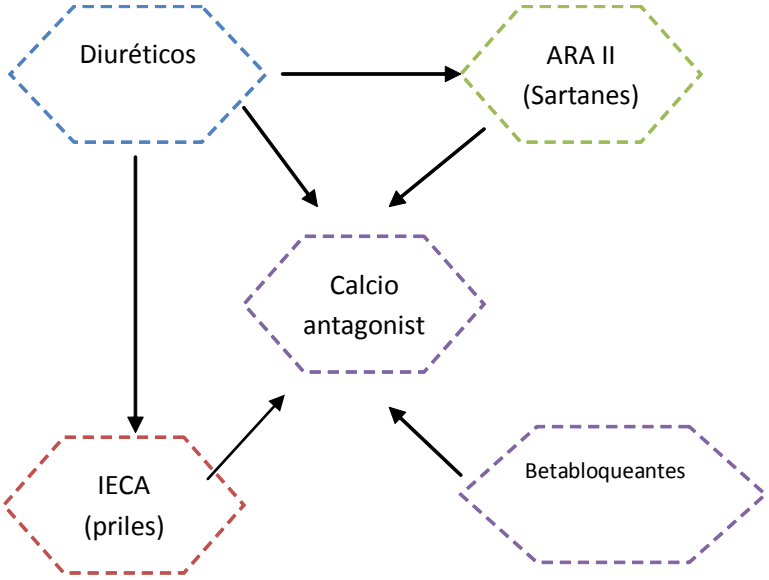
Alrededor de 9 de cada 10 personas con diagnóstico de HTA, necesitarán terapia farmacológica para controlar sus cifras de presión arterial.

- Los fármacos antihipertensivos representan la piedra angular del tratamiento de la HTA por haber demostrado el control de la PA y la reducción de eventos cardiovasculares mayores y de la mortalidad.
- Los cinco grupos de fármacos: **IECA, ARAII, BB, Calcio antagonistas y diuréticos TZ-STZ,** reducen PA, enfermedad coronaria, ACV, insuficiencia cardíaca, mortalidad cardiovascular y global
- En el 60% de los pacientes se requerirá titular dosis (con riesgo de incrementar efectos adversos) o agregar otro fármaco luego de haber iniciado el tratamiento con monoterapia.

### Principios generales del tratamiento farmacológico de la HTA

- En pacientes con RCV moderado, alto o muy alto se recomienda la utilización de asociaciones en el tratamiento inicial independientemente del nivel de la HTA
- En todos los casos en los que sea posible se recomienda la utilización de fármacos de acción prolongada de modo de asegurar el control de la PA durante las 24 horas con una sola toma diaria, lo cual favorece el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

### FÁRMACOS ANTI-HIPERTENSIVOS Y SUS MEJORES ASOCIACIONES




-El tratamiento anti-hipertensivo debe iniciarse en todo paciente con valores de HTA nivel 1 o superior

- En todo hipertenso mayor a 16 años y < 80 años se debe procurar alcanzar una PA < 140/90 mmHg.

-En hipertensos mayor 80 años se debe procurar alcanzar una PA < 150/90 mmHg.

- Es razonable comenzar el tratamiento de la HTA nivel 1 con bajo RCV con cambios en el estilo de vida antes de iniciar tratamiento farmacológico.

**TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO**

**Los cambios en el estilo de Vida constituyen un pilar fundamental en el tratamiento de la HTA.**

- **REDUCCIÓN DE LA INGESTA DE SODIO**
- **DESCENSO DE PESO Y MANTENIMIENTO DEL PESO ADECUADO**
- **ACTIVIDAD FÍSICA TANTO EJERCICIO AERÓBICO COMO DE SOBRECARGA**
- **REDUCCIÓN DE LA INGESTA DE ALCOHOL**

**Las modificaciones del estilo de vida deben ser implementadas en el tratamiento de todos los hipertensos, por ser de bajo costo, no generar efectos colaterales indeseables y potenciar la medicación antihipertensiva.**

RECOMENDACIÓN PARA EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

| Procedimiento | Evaluación Inicial | Recomendado | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | a 15 días | A 30 días | 3 a 6 meses | |
| Historia clínica por problemas | X | | | | debe actualizarse en cada consulta |
| Examen Físico | X | | | X | Cada consulta |
| IMC | X | | | | Cada consulta |
| Presión Arterial (ambos brazos) | X | X | X | X | Usar brazo con mayor TA |
| Laboratorio * | X | | | | anual |
| ECG | X | | | | anual |
| Medición Domiciliaria de PA | X | | X | | |
| Ecocardiograma | X | | | | 1-2 años |
| Fondo de Ojo | X | | | | anual |
| Establecer RCV | X | | X | | anual |
| Seguimiento del Pte. medicado | X | X | X | X | A los 15 y 30 días al inicio de tto |

* Hemograma P Lipídico glicemia ionograma urea Creatinina Uricemia O Completa

Referencias:

- 4°Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018

-Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial 2019

- Consenso Argentino de Hipertensión Arterial Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial 08-2018

- Información general sobre la hipertensión en el mundo. WHO 2013

*Contacto*:

Domicilio Postal Calle Belgrano 29-Paraná-Entre Ríos

Teléfono: 0343-4840210

coordinaciondeecnt@gmail.com

http://www.entrerios.gov.ar/msalud/prevencionde-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-2/

***Ministro de Salud***

*Mg. Sonia Velazquez*

***Coordinación de Fortalecimiento Institucional***

*Bioing. Hernán Goncebat*

***Coordinación de Prevención de ECNT***

*Lic. Soledad Garcilazo*

***Área Alimentación Saludable***
*Lic. Evelyn Baraballe*

***Equipo de Certificación***
*Lic. Laura Ceballos*
*Tec. Mariana Schneider*

***Programa Provincial Entre Ríos Libre de Humo de Tabaco***
*Tec. Wolosko Cynthia*

***Área Actividad Física***
*Profesores: Damián Benedetich, Sofía Laporta, Lucas Ramírez Bidart, Julia Gainza, Lic. Diego Osan.*

***Programa de Salud Vial***
*Tec. Antonio Poelman*

***Programa Provincial de Detección y Control de Enfermedad Celíaca***
*Dr. Alejandro Pais*

***Programa de Diabetes***
*Tec. Pamela Vesco*

***Área Administrativa***
*Hernán Hatt*
*Natasha Sagra*
*Hugo Nuñez*
*Eugenia Amarillo*

***Asesor Médico**; Dr. Manuel Bustamante*