

CAPITULO 3.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

ÍNDICE.

[1. INTRODUCCIÓN.](#)

[2. DEFINICIÓN.](#)

[3. OBJETIVOS.](#)

[4. PERFILES DEFINIDOS.](#)

[5. PRUEBAS INCLUIDAS.](#)

[6. FUNDAMENTOS.](#)

[7. COMENTARIOS ADICIONALES.](#)

[8. BIBLIOGRAFÍA.](#)

1. INTRODUCCIÓN.

La Hipertensión arterial (HTA) es, junto con la hipercolesterolemia y el consumo de tabaco, uno de los tres principales factores de riesgo de la cardiopatía isquémica y el principal factor de riesgo de los accidentes cerebrovasculares tanto hemorrágicos como aterotrombóticos. Es la causa más frecuente de insuficiencia cardiaca congestiva aislada en el adulto.

2. DEFINICIÓN.

La Hipertensión Arterial (HTA) se define como la elevación persistente de la presión arterial sistólica y/o diastólica en valor igual o superior a 140/90 mmHg en adultos mayores de 18 años.

El diagnóstico se establece tras tres mediciones realizadas en condiciones basales y separadas como mínimo, por una semana.

3. OBJETIVOS.

Consensuar unas magnitudes analíticas que nos permitan descartar razonablemente una HTA secundaria, establecer un perfil de riesgo cardiovascular, valorar la repercusión sistémica de la HTA en los distintos órganos, así como conocer la existencia de otras patologías asociadas a la HTA.

4. PERFILES DEFINIDOS.

Con la finalidad de organizar los parámetros a solicitar en las distintas situaciones que nos podemos encontrar en el paciente hipertenso, se han definido los siguientes perfiles analíticos:

- Perfil de diagnóstico de HTA.
- Perfil de seguimiento de HTA.

5. PRUEBAS INCLUIDAS.

- *Al inicio del diagnóstico:*

- **Perfil de diagnóstico de HTA:**

Pruebas incluidas:

- Se utilizará al inicio del diagnóstico para descartar HTA secundaria, valorar su repercusión sistémica y calcular el riesgo cardiovascular.
- Incluye: glucosa, *creatinina*, *perfil lipídico* (CT, TG, cHDL y cLDL), *ionograma* (Na, K) y *sistemático de orina* (proteinuria y hematuria).

Pruebas no incluidas:

Opcionalmente, el médico añadirá al perfil los siguientes parámetros:

- √ *Hemograma*
- √ *Ácido úrico*

- √ *Microalbuminuria*
- √ *Otros: si sospecha algún tipo de HTA secundaria.*

Pruebas generadas por el laboratorio:

Si la concentración de albúmina en primera orina de la mañana es ≤ 20 mg/L (con tira reactiva):

- *Cociente albúmina/creatinina .*

- *Seguimiento:*

○ **Perfil de seguimiento de HTA:**

Pruebas incluidas:

- Se realizará a todos los hipertensos con **periodicidad anual**, con el objetivo de valorar repercusión sistémica, otras enfermedades asociadas y reevaluar el riesgo cardiovascular.
- Podrá realizarse con mayor frecuencia en determinados casos, para ello se tendrá en cuenta los fármacos empleados, la repercusión visceral y la presencia de otros factores de riesgo o enfermedades sistémicas relacionadas.
- Incluye: *glucosa, creatinina, colesterol total y sistemático de orina (hematuria y proteinuria).*

Pruebas no incluidas:

Opcionalmente, el médico añadirá al perfil los siguientes parámetros:

- √ *Perfil lipídico.*
- √ *Ácido úrico.*
- √ *Microalbuminuria.*
- √ *Ionograma (Na y K).*

Pruebas generadas por el laboratorio:

Si la concentración de albúmina en primera orina de la mañana es ≤ 20 mg/L:

- *Cociente de albúmina/creatinina.*

6. FUNDAMENTOS.

Creatinina.

Esta prueba es necesaria para valorar el funcionalismo renal, tiene importancia en el diagnóstico del carácter esencial o no de la HTA y en su repercusión sistémica, y por tanto, en el pronóstico y en nuestra actitud terapéutica.

Ionograma: Na, K.

El ión potasio es útil para:

- Detectar alteraciones antes de iniciar tratamiento con algunos diuréticos y con los inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina (IECA).
- Valorar ciertos tipos de HTA secundaria (hiperaldosteronismo).
- Vigilar efectos secundarios a causa de la medicación (IECAs y diuréticos: control anual).

Por tanto, se incluye en todos los pacientes en el perfil diagnóstico y sólo a aquellos sometidos a determinados tratamientos en el seguimiento.

Orina: hematuria y proteinuria.

Tiene importancia en la valoración del funcionamiento renal, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento del paciente hipertenso. Esta determinación podría hacerse mediante tiras reactivas.

Glucosa.

La glucemia es necesaria para el despistaje de algunas hipertensiones secundarias (Cushing, feocromocitoma).

El cribaje anual de la diabetes mellitus es obligatorio en todo paciente hipertenso, ya que la asociación de estas dos enfermedades conlleva un peor pronóstico en cuanto a afectación sistémica y riesgo cardiovascular.

La presencia de ambas enfermedades obliga a tener objetivos terapéuticos y, por tanto, a tomar decisiones terapéuticas distintas.

Perfil lipídico y colesterol total (ver [perfil de dislipemias](#)).

Tras el diagnóstico de HTA se debe hacer un despistaje de dislipemia y calcular el riesgo cardiovascular del paciente. Para esto necesitamos conocer el cHDL y el colesterol total, por tanto al inicio solicitaremos un perfil completo (incluido en el perfil de diagnóstico de HTA).

Si finalmente el paciente es diagnosticado de una dislipemia o tiene un riesgo cardiovascular moderado o alto, solicitaremos el perfil lipídico junto al perfil de seguimiento anual de la HTA.

Si el paciente no presenta una dislipemia y tiene un riesgo cardiovascular bajo, sólo es preciso un colesterol total como cribaje. Por ello, en el perfil de seguimiento sólo está incluido éste parámetro.

Ácido úrico.

Es un marcador precoz independiente de afectación renal.

Es necesario solicitarlo como control previo a la instauración de determinados fármacos y en su seguimiento posterior (diuréticos).

Hemograma.

Se solicitará al inicio si se sospecha poliglobulia secundaria a tabaquismo, policitemia vera o estados anémicos.

Microalbuminuria. (Ver [perfil de diabetes](#)).

Se solicitará en el momento del *diagnóstico* en los siguientes casos:

- Asociación de diabetes e hipertensión.
- HTA en ausencia de otras repercusiones sobre órganos diana.
- HTA en ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular.

La finalidad en los últimos dos casos es valorar la necesidad de una intervención terapéutica “más agresiva” si hay alguna afectación renal, que en otro caso pasaría desapercibida.

En el *seguimiento*, se solicitará en los casos de coexistencia de diabetes y cuando se plantean dudas sobre cambios terapéuticos.

Otras pruebas analíticas.

Se solicitarán en el momento del diagnóstico sólo si se sospecha una HTA secundaria. Su uso indiscriminado no está justificado.

7. COMENTARIOS ADICIONALES.

Se sugiere derivar al especialista a los pacientes con:

- HTA en paciente joven.
- HTA secundarias no farmacológicas.
- HTA asociada a insuficiencia renal.
- HTA en el embarazo.
- HTA grave refractaria.
- Complicaciones de la HTA (Miocardiopatía, ACV, etc)

8. BIBLIOGRAFÍA.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Sociedad-Liga para la lucha de la Hipertensión Arterial. Control de la Hipertensión en España, 1996.

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Grup de Treball en Hipertensió Arterial. Guía Práctica. Hipertensió Arterial per a L'Atenció Primària 1999. En www.scmfic.org/scmfic/attach/hta_recomanacions_99.pdf.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Guía de Actuación en Atención Primaria, 1998.

SemFYC. Programas Básicos de Salud: Programa del Adulto. Ed Doyma 1997.

A. Botey Puig y L. Revert Torrells. Angiología e Hipertensión Arterial. En: Farreras Rozman. Medicina Interna. 13º Ed, p. 667-684.