

Guia breu d'HTA de la CAMFiC

Resum de la Guia Pràctica d'Hipertensió Arterial per a l'Atenció Primària



ÍNDEX

-
1. DIAGNÒSTIC I CRIBRATGE p. 2 | 2. AVALUACIÓ INICIAL DE L'HIPERTENS p. 3 | 3. EXPLORACIÓ INICIAL I EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES p. 4 | 4. TRACTAMENT NO FARMACOLÒGIC p. 5 | 5. TRACTAMENT FARMACOLÒGIC p. 6 | 6. SEGUIMENT I CONTROL DE LA HTA p. 7 | 7. INCREMENTS TENSIONALS AGUTS p. 8 | 8. CRITERIS DE DERIVACIÓ p. 9 | 9. COMPLIMENT TERAPÈUTIC/ADHERÈNCIA AVALUACIÓ, INTERVENCIÓ I INÈRCIA p. 10 | 10. HTA SECUNDÀRIA: SOSPITA I CAUSES p. 11 | 11. HTA I FARMÀCIA COMUNITÀRIA p. 12 | 12. MESURA DE LA PA p. 12 | 13. AMPA p. 13 | 14. MAPA p. 14 | 15. LA CONSULTA NO PRESENCIAL p. 15 | AUTORS p. 16 | ABREVIATURES p. 16

1. DIAGNÒSTIC I CRIBRATGE

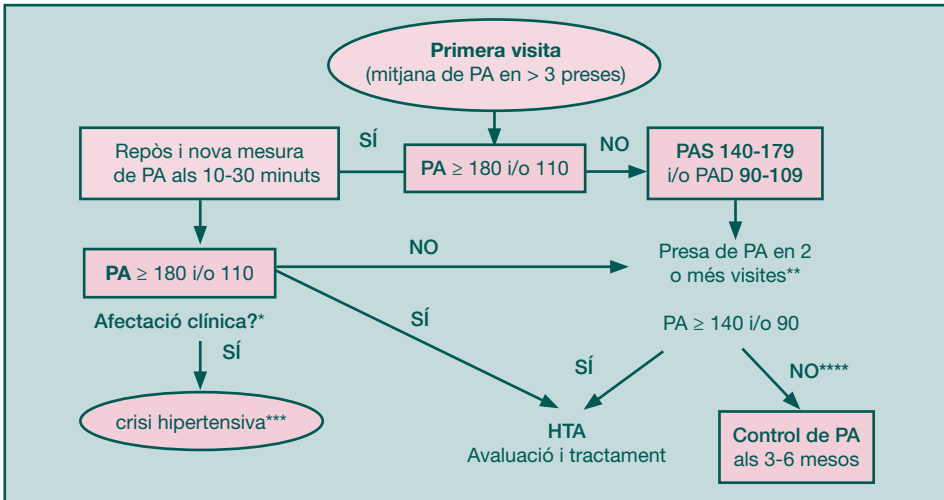


Figura 1.1. Algorisme de diagnòstic i maneig inicial de la HTA.

* Segons la situació clínica, es pot allargar l'avaluació, però no més d'una setmana (repetir les preses de PA).

** Interval per a una nova mesura de PA: entre una setmana i dos mesos, segons les xifres inicials.

*** Quan PA $\geq 180/110$ mmHg (figura 7.1).

**** Caldrà valorar la realització d'un MAPA en cas de PA normal i alta, sobretot en el cas de dany orgànic.

Taula 1.1. Fenotips hipertensius segons la pressió arterial a la consulta i ambulatoriament*

MAPA 24 h, Activitat, Descans	PA clínica		
		< 140/90 mmHg	$\geq 140/90$ mmHg
< 130/80 mmHg < 135/85 mmHg < 120/70 mmHg		Normotensió	HTA clínica aïllada (o de bata blanca)
$\geq 130/80$ mmHg $\geq 135/85$ mmHg $\geq 120/70$ mmHg		HTA emmascarada	Hipertensió

*Si no es disposés de MAPA, es podria realitzar AMPA i considerar com valors mitjans els 135/85 mmHg.

Taula resum del cribratge de la HTA

Edat	Condicionants*	Mesures PA
<14 a		Almenys un cop
14-39 a	<130/85 mmHg	Cada 3-5 anys
14-39 a	Excés de pes, afroamericans o PA 130-139/85-90mmHg	Anualment
>40 a		Anualment

*En persones poc freqüentadores: cribratge oportunista.

2. AVALUACIÓ INICIAL DE L'HIPERTENS

- Conèixer els estils de vida, els FRCV i LOD que poden influir en el pronòstic i tractament de la HTA (taula 3.2).
- Establir un perfil de RCV i valorar l'inici de tractament antihipertensiu de manera individualitzada per a cada pacient (taula 2.1).
- Descartar raonablement la possibilitat d'HTA secundària (taula 10.5).
- Detectar possibles contraindicacions per a la utilització dels fàrmacs antihipertensius.
- Valorar de manera global les necessitats bàsiques (abordatge per part d'infermeria).

Taula 2.1. Estratificació pronòstica del risc cardiovascular absolut a 10 anys vista en comparació amb el risc basal (risc de referència poblacional), l'estadiatge i el grau de severitat i la conducta terapèutica recomanada segons les directrius europees (ESH/ESC, 2018). Font: Societat Catalana d'Hipertensió Arterial.

Estadis Malaltia hipertensiva	Altres FRCV, LOD	Xifres de PA (mmHg)			
		Normal-alta PAS 130-139 i/o PAD 85-89	Grau 1 PAS 140-159 i/o PAD 90-99	Grau 2 PAS 160-179 i/o PAD 100-109	Grau 3 PAS ≥ 180 i/o PAD ≥ 110
Estadi 1 (no complicada)	Sense altres FRCV	Risc baix	Risc baix	Risc moderat	Risc alt
	Amb 1 o 2 FRCV	Risc baix	Risc moderat	Risc moderat-alt	Risc alt
	≥ 3 FRCV	Risc baix-moderat	Risc moderat-alt	Risc alt	Risc alt
Estadi 2 (malaltia asimptomàtica)	LOD MRC estadi 3 DM no complicada	Risc moderat-alt	Risc alt	Risc alt	Risc molt alt
Estadi 3 (malaltia establerta)	MCV establerta MRC estadi ≥ 4 DM amb complicacions	Risc molt alt	Risc molt alt	Risc molt alt	Risc molt alt

Taula 2.2. Classificació de la PA en adults i recomanacions a seguir per a noves determinacions tensionals. [Taula adaptada de ESC/ESH, 2018]

Categoria*	Sistòlica (mmHg)	Diastòlica (mmHg)	Recomanacions**
Òptima***	< 120	< 80	1-5 anys
Normal	120-129	80-84	1-5 anys
Normal-alta	130-139	85-89	Valoració en un any
HTA grau 1 (lleugera)	140-159	90-99	Confirmació i avaluació abans de dos mesos
HTA grau 2 (moderada)	160-179	100-109	Confirmació i avaluació abans d'un mes
HTA grau 3 (greu)	≥ 180	≥ 110	Avaluació immediata (en una setmana com a màxim)
HTA sistòlica aïllada	≥ 140	< 90	Classificació i actuació en funció de la PAS (graus 1, 2 o 3)

* Quan la PAS i la PAD estan en categories diferents, cal tenir en compte la més alta pel que fa a la classificació i l'interval de recomanacions.

** Modificable en funció de les xifres prèvies de PA, la situació clínica, l'afectació d'òrgans diana i la presència d'altres factors de risc cardiovascular.

*** Per tal que la PA sigui classificada com a òptima, cal que tant la PAS com la PAD siguin per sota del líndar establert.

3. EXPLORACIÓ INICIAL I EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

HISTÒRIA CLÍNICA

- Antecedents familiars: pares, MCV precoç (homes: <55a, dones: <65a), FRCV, NEM (associada a feocromocitoma) i poliquistosi renal.
- Antecedents personals i anamnesi (HTA, signes i símptomes d'HTA secundària, altres FRCV, hàbits no saludables, factors psicosocials, laborals i ambientals familiars).

EXPLORACIÓ FÍSICA

- Pes, talla, IMC, perímetre abdominal, mesura correcta de la PA.
- Exploració per sistemes: pell (estries cutànies, taques cafè amb llet), coll (polsos, buf, JJ, goll), cor (FC, ritme, bufs), extremitats (polsos, vascular), abdomen (megàlies, masses, bufs), neurològica i cognitiva, fons d'ull (HTA grau 2-3).

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

Anàlisi de sang (Hemograma, glucosa, ionograma, creatinina i FG, urats, funció hepàtica i perfil lipídic), Anàlisi d'orina (QAC), ECG (segment ST i HVE).

ALTRES EXPLORACIONS

- Ecocardiografia: sospita HVE, HTA associada a MCV o ictus/AIT, HTA resistent.
- Radiologia abdomen i tòrax (opcional): només si altres indicacions (revisar prèvies).
- Eco-doppler carotídia: si bufs carotidis o AIT/ictus previ o malaltia vascular d'altres localitzacions.
- Eco-doppler abdominal: si MRC estadi ≥ 3 , reducció >30% rere inici IECA/ARAI, sospita HTA secundària (estenosi artèries renals, MCV documentada), HTA resistent.
- ITB: sospita MVP.
- Tests funció cognitiva: si possible DC (sospita de precoç o gent gran).
- Proves d'imatge cerebral: si malaltia cerebrovascular, alteracions neurològiques o DC.

4. TRACTAMENT NO FARMACOLÒGIC

OBJECTIUS DEL TRACTAMENT:

- Reduir la morbiditat cardiovascular i renal associada a la HTA segons la seva història natural.
- Evitar o endarrerir la progressió (o inclús regressió) de les LOD.

Taula 4.2. Esquema de les recomanacions sobre MEV en pacients hipertensos

Recomanacions sistemàtiques

- Supressió total de l'hàbit tabàquic
- Disminució del pes corporal i del consum de sal
- Reducció del consum d'alcohol a < 20 g/dia en els homes i a < 10 g/dia en les dones
- Exercici físic aeròbic de tipus isotònic, a una intensitat del 60-80% de la FC màxima i d'una durada de 45 a 60 minuts, mínim tres dies per setmana
- Dieta mediterrània: rica en lactis desnatats, peix, fruites, llegums, cereals, fruits secs i verdures i pobra en greixos totals i saturats

Recomanacions segons el pes

- **IMC \geq 27 kg/m²**: la primera mesura consisteix en disminuir, almenys, 4 kg de pes. En cas d'incompliment, s'ha d'insistir en l'exercici físic (pot ser equivalent a una pèrdua de pes de fins a 6 kg) i en la dieta hiposòdica
- **IMC < 27 kg/m²**: la primera mesura consistirà a disminuir el consum de sal a menys de 6 g/dia. Cal recordar que la dieta hiposòdica és més efectiva quant més edat té el pacient i més severa és la HTA. En cas d'incompliment, l'alternativa serà incrementar l'aportació de potassi, bé dietètic (fruites, verdures, fruits secs), bé en forma de suplement (entre 2-3,5 g/dia)

Recomanacions segons subgrups especials

- **Raça**: els pacients d'ètnia negra, al ser més sensibles a la sal, es beneficien més de la reducció de la ingesta de sodi (sal comuna) i de l'aportació de potassi
- **Edat**: les persones es tornen més sensibles a la sal a partir dels 45 anys i, a més edat, augmenta la resposta a una dieta hiposòdica
- **HTA grau 3 o amb HVE**: aquest subgrup de pacients es beneficia especialment de la reducció simultània de la ingesta de sal i de la reducció de pes. Els pacients d'ètnia negra en aquesta situació clínica també es beneficien de l'exercici físic isotònic mantingut

Taula 4.3. Quantificació aproximada de l'impacte de les modificacions de l'estil de vida sobre la PA sistòlica (extret del 7è informe del Joint Committee nord-americà)

Modificacions	Disminució de la PAS
Disminució de pes	0,5-2 mmHg/kg de pes perdut
Dieta DASH (<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i> , similar a la mediterrània)	8-14 mmHg
Reducció de sal a < 6 g/dia	2-8 mmHg
Activitat física regular aeròbica	4-9 mmHg
Reducció d'alcohol a < 20 g/dia	2-4 mmHg

5. TRACTAMENT FARMACOLÒGIC

Inici del ttm antihipertensiu, segons els nivells de la PA mesurada a la consulta i comorbiditat CV associada			
PA normal-alta	HTA grau 1	HTA grau 2	HTA grau 3
Intervenció per al canvi en l'estil de vida			
Considerar ttm farmacològic si RCV molt elevat i/o MCV	Immediat si RCV elevat i/o MCV	Immediat	
	Als 3m si MEV insuficients	Objectiu bàsic als 3m: <140/90 mmHg	

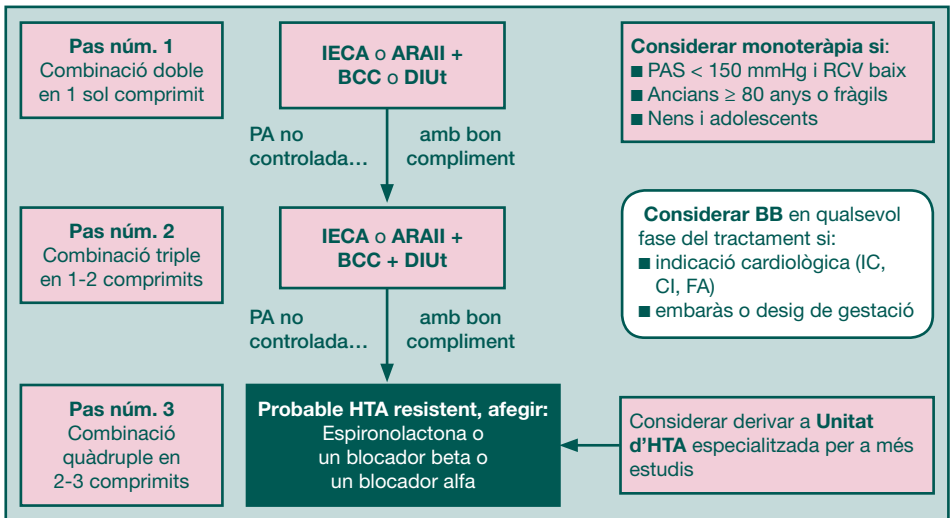


Figura 5.1. Algorisme de tractament farmacològic inicial i escalada terapèutica per a la majoria de pacients hipertensos (adaptada de ESC/ESH 2018)

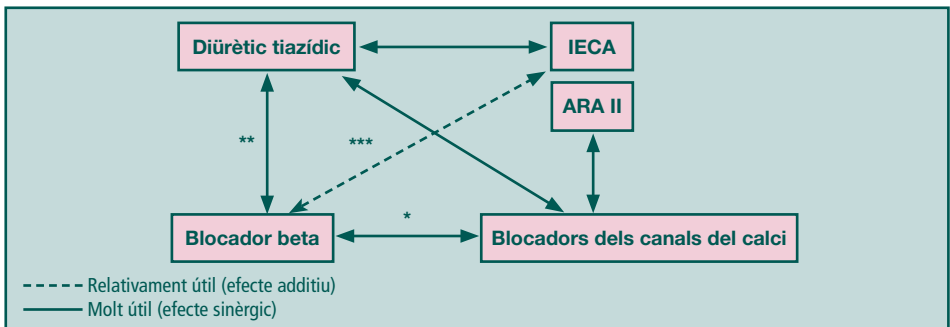


Figura 5.2. Associacions racionals d'antihipertensius (les combinacions d'elecció es representen en línies contínues)

- * Només amb BCC tipus dihidropiridínic (contraïndicada l'associació amb verapamil i diltiazem)
- ** Evitar en situacions de risc per desenvolupar DM (intolerància a la glucosa, síndrome metabòlica)
- *** Combinació indicada en cardiopaties (cardiopatia isquèmica i insuficiència cardíaca)

6. SEGUIMENT I CONTROL DE LA HTA

Recomanacions de control de la PA en pacients en ttm antihipertensiu				
Grup d'edat	PAS			PAD
	HTA +/- DM	+ malaltia coronària i/o ictus/AIT	+ MRC	
16-65 a	≤ 130 (no <120)		≤ 140 (130-139)	70-79
≥65 a *	130-140			

*vigilar tolerància, sobretot en majors de 80 anys.

Visites de seguiment	
Infermeria cada 6 mesos + visita mèdica anual	HTA grau 1 i 2 sense LOD, ben controlada amb bona adherència i tolerància a MEV i ttm farmacològic PA normal-alta o HTA de bata blanca (risc HTA sostinguda)
Visita al mes	Si canvi en la medicació recent en HTA grau 1-2 (temps òptim per valoració efecte antihipertensiu de la majoria dels fàrmacs)
Individualitzar freqüència	HTA de grau 3 FRCV, LOD Efectes secundaris intolerables Ttm complex o canvis recents Mal control reiterat i persistent de la PA Sospita de mala adherència Manca d'habilitats i coneixements per l'autocura.
Valorar possibilitat HTA secundària	Troballes compatibles a l'anamnesi/EF/EECC Canvis bruscs en el comportament de la PA

Proves complementàries en el seguiment de la HTA*		
Prova	Periodicitat	Comentaris
Analítica	Anual	Glicèmia, funció renal i ionograma**
QAC	Anual	
ECG	Biennal	Si ECG previ normal
Fons d'ull	Individualitzar	
PA ambulatòries	Individualitzar	Valorar AMPA i/o MAPA Important en PA normal-alta o HTA bata blanca

*PA ben controlada sense LOD amb bona adherència i tolerància al ttm.

** Al mes d'inici de IECA/ARAI/DIU: valorar ionograma i funció renal.

7. INCREMENTS TENSIONALS AGUTS

Taula 7.1. Característiques diferencials dels 3 tipus d'incrementos tensionals aguts			
	Pseudourgència	Urgència	Emergència
Incidència	Freqüent	Baixa	Molt baixa
Situacions associades	<ul style="list-style-type: none"> Reactiva a estimulació del SN simpàtic: dolor agut, estrès, ansietat, fàrmacs, exercici físic, fred Defectes de mesura HTA de bata blanca Idiopàtica 	<ul style="list-style-type: none"> Supressió brusca d'antihipertensius HTA vasculorenal Síndromes hiperadrenèrgics: sobredosi de simpaticomimètics, interaccions IMAO Tm anticoagulant 	<ul style="list-style-type: none"> Ictus isquèmic o hemorràgic Edema agut de pulmó Encefalopatia hipertensiva HTA maligna Síndrome coronària aguda Aneurisma dissecant d'aorta Eclàmpsia gestacional Insuficiència renal aguda Feocromocitoma TCE, grans cremats
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> Asintomàtica: troballa casual Inespecífica: cefalea, mareig, inestabilitat 	<ul style="list-style-type: none"> Asintomàtica Sintomàtica: cefalea, mareig, epistaxi, taquicàrdia 	<ul style="list-style-type: none"> Variable: dispnea, afectació neurològica o visual, dolor precordial, edemes EEII, sudoració, taquiarrítmia
Afectació aguda d'òrgans diana	Nul·la	Nul·la-lleu	Moderada-greu
Tm antihipertensiu	<ul style="list-style-type: none"> No cal Diazepam/analgèsics 	<ul style="list-style-type: none"> Via oral AP 	<ul style="list-style-type: none"> Via parenteral Urgències Hospital

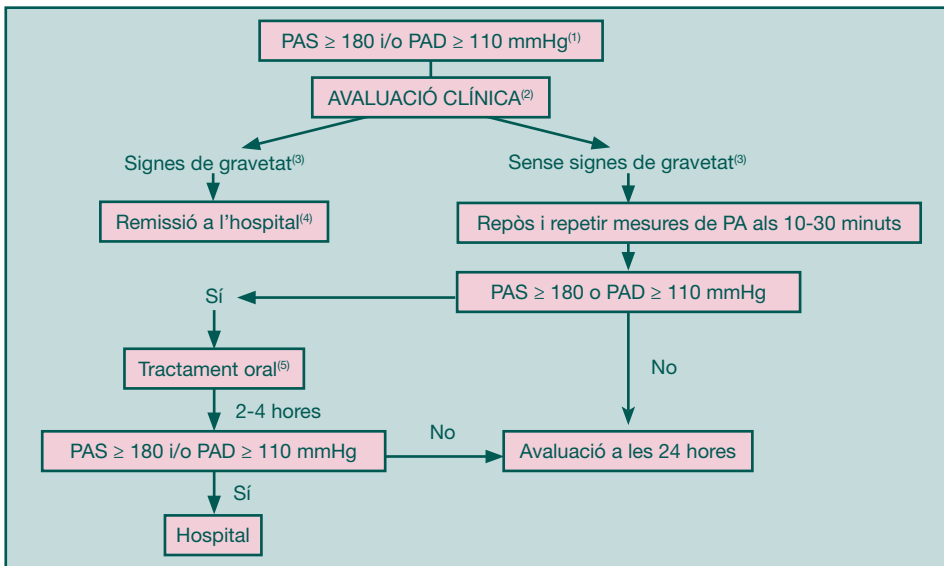


Figura 7.1. Maneig pràctic de les elevacions tensionals agudes des de l'Atenció Primària.

- (1) Algorisme no aplicable en casos d'HTA de bata blanca ni en dones gestants.
- (2) Inclourà anamnesi sobre la ingesta de fàrmacs i substàncies vasopressores.
- (3) Per l'afectació aguda neurològica, cardíaca, retiniana o renal.
- (4) En fase aguda d'un ictus millor no administrar fàrmacs antihipertensius.
- (5) S'aconsella captopril 25-50 mg, evitant descensos de PA excessius.

8. CRITERIS DE DERIVACIÓ

- Sospita clínica d'HTA secundària no farmacològica.
- El pacient complidor i amb HTA resistent o refractària confirmada per MAPA.
- Quan estiguin indicades tècniques no disponibles, com l'avaluació de la PA central (per exemple, aconsellable en la hipertensió sistòlica aïllada en el jove).
- Quan una avaluació a fons de la LOD pugui canviar l'actitud terapèutica.
- L'hipertens de molt alt risc no controlat amb antihipertensius, i potencial indicació d'ernervació renal.
- HTA durant l'embaràs, preeclàmpsia.
- Emergència hipertensiva i alguns casos d'urgència hipertensiva.

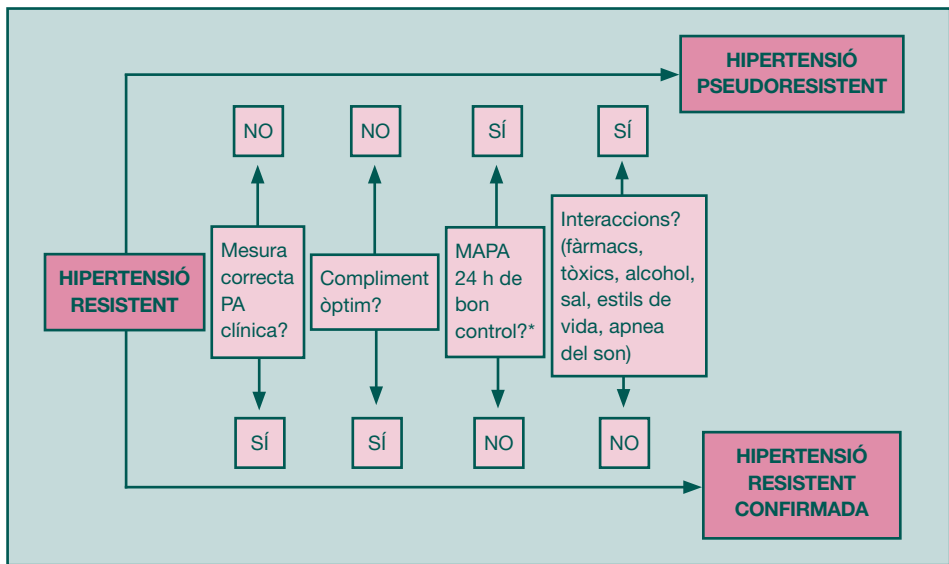


Figura 8.1. Algortme per descartar pseudo-resistència.

*Entenent bon control per MAPA quan es compleixen les tres condicions: < 130/80mmHg de 24h, < 135/85 en període activat i < 120/70 en període de descans.

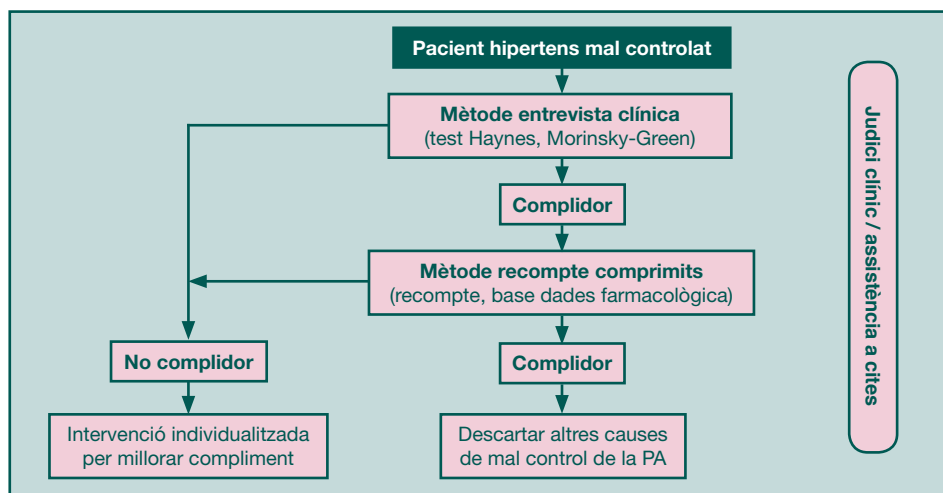
HTA resistent: PA clínica $\geq 140/90$ mmHg, tot i el tractament amb ≥ 3 antihipertensius, ben associats, a dosis plenes, un dels quals es un diürètic, i amb confirmació del mal control per MAPA.

HTA refractària: Hipertens que no aconsegueix un control tensional òptim malgrat rebre tractament adequat amb ≥ 5 antihipertensius (essent un d'ells un antialdosterònic, si no hi ha contraindicació).

9. COMPLIMENT TERAPÈUTIC/ADHERÈNCIA avaluació, intervencions i inèrcia

- L'incompliment terapèutic o la falta d'adherència terapèutica representa una de les principals causes del deficient control de la HTA.
- L'avaluació del compliment és fonamental abans de fer canvis en l'esquema terapèutic: Intensificar la medicació abans d'abordar els problemes d'incompliment és inefectiu, costós i pot ser perillós, sobretot si el pacient inicia de sobte la presa de tota la medicació prescrita.
- Una millor adherència farmacològica s'associa a una mortalitat més petita

Detecció de l'incompliment



Com millorar el compliment?

- Identificar les barreres del pacient en el compliment.
- Donar informació sobre la malaltia (HTA) i el tractament, millor per escrit i amb imatges. Informar de la necessitat de seguir el tractament de forma continuada, i que control no significa curació.
- Donar suport i supervisió: implicar el pacient en la presa de decisions, facilitar cites més freqüents si cal, AMPA.
- Millorar la comunicació entre professional i pacient.
- Entrevista motivacional.
- Coordinació entre els diferents nivells assistencials (CAP-Hospital, CAP-Farmàcia) que intervien en el circuit del compliment del tractament.
- Ús de serveis de seguiment farmacoterapèutic amb sistemes personalitzats de dosificació, oferts en diverses farmàcies comunitàries catalanes acreditades.

La combinació de diverses estratègies és el que ha demostrat ser més efectiu per millorar el compliment.

10. HTA SECUNDÀRIA: sospita i causes

Sospita d'HTA secundària	
Edat	<ul style="list-style-type: none"> ■ Debut de la HTA en <30a no obesos o HTA grau 2 en <40a ■ HTA a la infantesa ■ Debut d'HTA diastòlica en edat avançada
Història familiar	<ul style="list-style-type: none"> ■ Poliquistosi renal, neurofibromatosi, causes genètiques d'HTA poc freqüents (síndrome de Liddle, síndrome de Gordon, etc.)
Fàrmacs i altres substàncies amb acció pressora	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ús freqüent: AINEs, anticonceptius orals, corticoides sistèmics, simpaticomimètics (orals i nasals), hormones tiroïdals, antidepressius, antipsicòtics. Anorexigens, antiemètics, ergotamínics ■ Ús menys freqüent: ciclosporina, tacrolimus, rapamicina, eritropoetina, antineoplàstics amb efecte angiogènec, lopinavir, ritonavir i altres ■ Altres substàncies: sals sòdiques, nicotina, alcohol, regalèssia, cocaïna, amfetamines, anabolitzants hormonal, efedra, herba de Sant Joan, metalls pesats (sals de liti)
Signes/ símptomes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suggerius de malalties endocrinològiques, renals i d'altres, causants d'HTA
Alteració bioquímica	<ul style="list-style-type: none"> ■ TSH, K+, Ca, fosfatasa alcalina, creatinina, sediment d'orina
LOD	<ul style="list-style-type: none"> ■ Afectació d'òrgans diana superior a l'esperada per la durada o la severitat de la HTA ■ Exacerbació aguda d'HTA prèviament ben controlada
Control HTA	<ul style="list-style-type: none"> ■ HTA grau 3 o emergència hipertensiva ■ HTA resistent ■ Patró no-dipper a MAPA
Resposta als antihipertensius	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hipopotassèmia excessiva induïda per diürètics ■ Insuficiència renal per IECA-ARA II

Prevalença d'HTA secundària i causes segons edat	
Edat (prevalença)	Causes més comunes
<12a (70-85%) i 12-18a (10-15%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Malaltia parenquimatosos renal ■ Coartació d'aorta ■ Alteracions monogèniques
19-39a (5%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Disfunció tiroïdal ■ Displàsia fibromuscular ■ Malaltia parenquimatosos renal
40-65a (8-12%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aldosteronisme primari ■ Síndrome d'apnea del son ■ Malaltia renal parenquimatosos o renovascular ■ Síndrome de Cushing / Disfunció tiroïdal/ Feocromocitoma
Edat avançada (17%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Malaltia renovascular arterioscleròtica ■ Insuficiència renal ■ Hipotiroidisme

11. HTA I FARMÀCIA COMUNITÀRIA

El farmacèutic comunitari en l'equip multidisciplinar del pacient crònic és un element estratègic per augmentar el bon control, millorar l'efectivitat i seguretat dels tractaments, resoldre dubtes i inquietuds i assolir els objectius terapèutics.

La mesura de la PA és essencial com a cribratge d'hipertensos ocults que per diversos motius són poc freqüentadors del Sistema de Salut, així com promoció i suport a l'AMPA per tal de realitzar la tècnica de manera correcta i adequada.

En els casos que es detecti una manca d'adherència del pacient al tractament prescrit o risc elevat d'incompliment, podria ser d'utilitat la inclusió dels pacients al servei de seguiment farmacoterapèutic amb un sistema personalitzat de dosificació (SPD).

12. MESURA DE LA PA

Taula. Condicions idònies per assegurar una correcta mesura de la PA	
Indicacions al pacient	<p>Evitar menjar abundantment ni tampoc fumar, beure alcohol ni cafè, ni fer exercici físic, durant un període de mitja a una hora abans de la visita.</p> <p>Evitar agents simpaticomimètics.</p> <p>Ha d'haver orinat abans de la determinació.</p> <p>La mesura de la PA hauria de fer-se abans de la ingesta de la medicació (vall) i no en plena fase d'acció farmacològica del producte (pic).</p>
Postura del pacient	<p>Ha de posar el braç còmodament sense que la roba l'oprimeixi.</p> <p>S'ha d'asseure còmodament, amb l'esquena ben recolzada, amb el braç recolzat a la taula a l'altura del cor. S'ha d'esperar en aquesta posició cinc minuts.</p> <p>No ha de parlar ni mirar el mòbil, durant la mesura de la PA.</p> <p>En dones gestants a partir de les 20 setmanes, s'ha de prendre la PA en decúbit lateral esquerre o asseguda.</p> <p>En circumstàncies especials, gent gran i persones diabètiques, pot ser útil prendre la PA també en bipedestació (esperant d'un a tres minuts) per tal de descartar la hipotensió ortostàtica.</p>
Entorn	<p>S'ha d'estar en una habitació tranquil·la.</p> <p>Evitar el soroll i les situacions d'alarma.</p> <p>Mantenir una temperatura confortable.</p>
Tècnica	<p>Selecció del braç control.</p> <p>Font: Serrat-Costa, M.</p>

Taula. Factors que incideixen en la mesura de la pressió arterial i que poden causar errors	
Pacient	Dolor, angoixa, fred i arrítmies cardíques.
Aparell	Mal funcionament, mala conservació, defectes tècnics.
Persona observadora	Desinterès, manca de temps, ús de braçal no adequat a la mida del braç, desconeixement de la tècnica, tendència a l'arrodoniment de les xifres, posició inadequada o deficiències auditives i visuals.

13. AMPA

- És l'automesura estandarditzada domiciliària de la PA. Permet mesurar la PA ambulatoria, estimar millor el risc cardiovascular del pacient, assegurar el bon control de la PA, detectar HTA de bata blanca i HTA emmascarada.

Indicacions de l'AMPA

- Identificació de la HTA de bata blanca i de la hipertensió emmascarada.
- Estudi de la HTA no controlada i/o refractària.
- Valoració de la resposta al tractament farmacològic.
- Estudi de la HTA amb variabilitat important de xifres tensionals.
- Valoració de la hipotensió simptomàtica.
- Necessitats de controls rigorosos (nefropaties, gestació, cardiopaties, etc.).
- Dificultats d'accessibilitat al sistema sanitari (geogràfiques, horaris, etc.).
- També és útil per al cribatge de la HTA i en la confirmació diagnòstica de la HTA.

Com es fa?

- Dues mesures basals de PA al matí i dues mesures al vespre durant 4-7 dies (cal obtenir un mínim de 14 lectures), amb un tensiòmetre validat.
- Un valor mitjà $<135/85$ mmHg indica bon control de la PA ambulatoria.

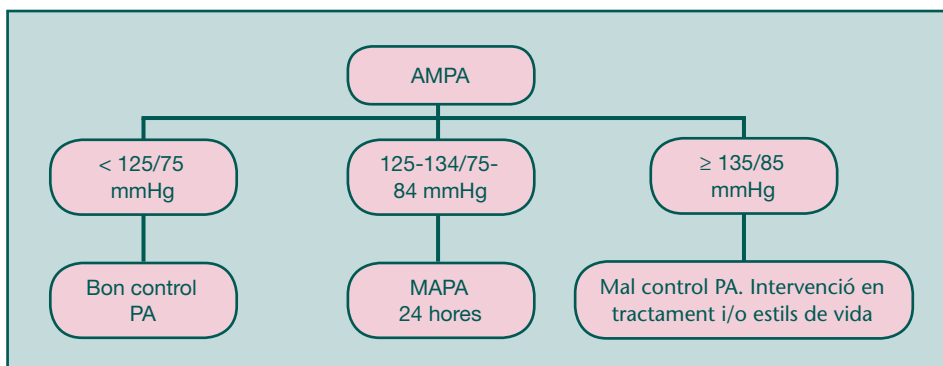


Figura 13.1. Algorisme diagnòstic de maneig de l'automesura de la PA.

Font: Pickering TG, White WB, for the American Society of Hypertension Writing Group. ASH Position Paper: Home and ambulatory blood pressure monitoring. When and how to use self (home) and ambulatory blood pressure monitoring. J Am Soc Hypertens. 2008;2(3):122

14. MAPA

- És un registre de la PA durant 24 hores, amb lectures automatitzades cada 20 minuts. Permet conèixer la PA ambulatoria i, especialment, mesures durant el son. Les mitjanes de PA per MAPA tenen un valor predictiu de morbimortalitat cardiovascular molt superior a les PA clíniques.

Algunes indicacions del MAPA

- Identificació de fenòmens d'HTA "de bata blanca" i d'HTA clínica aïllada.
- Efecte "de bata blanca" en individus tractats.
- Identificació de fenòmens d'HTA emmascarada i d'HTA emmascarada en no tractats.
- HTA emmascarada en individus tractats.
- Identificació de patrons PA anormals de 24 hores.
- Avaluar episodis d'hipotensió.
- Detecció de la HTA nocturna.
- Avaluació del tractament (nivells de control de PA durant les 24 h).
- Identificació de la HTA resistent veritable.
- Avaluació de la HTA matinal i augment de la PA al matí.
- Estudi i seguiment de la PA en pacients amb apnea obstructiva del son.
- Avaluació de la variabilitat de la PA.
- Avaluació de la HTA en nens i adolescents, gestants.

Taula 14.1. Valors tensionals mitjans recomanables en el registre per MAPA (mmHg)

Total de 24 hores	< 130 / < 80
Període d'activitat (dia)	< 135 / < 85
Període de son (nit)	< 120 / < 70

La PA sol disminuir durant el son. Segons el perfil nocturn, els pacients es classifiquen en dippers extrems, dippers, no-dipppers i risers. Els no-dipppers i els risers presenten un risc més gran d'incidència d'esdeveniments cardiovasculars.

Quocient PAS nocturna/PAS diürna

< 0,8	dipper extrem
0,8-0,9	dipper
> 0,9 a 1	no dipper
> 1	riser

15. LA CONSULTA NO PRESENCIAL

Avantatges de la consulta no presencial

- Promoure l'ús de mesures ambulatòries de la PA en la presa de decisions.
- Bona predisposició per part de molts pacients.
- Promoure l'autocura com a element d'optimització del control de la PA.
- Afavorir l'atenció a residents en àrees de difícil accés o en altres situacions de dificultat per acudir a visites presencials.

Limitacions

- Dificultats en la cooperació (dependents, analfabetisme digital).
- Dificultats tècniques a nivell institucional o bé dels propis pacients.
- Agendes adaptades als professionals.
- Possible coordinació insuficient entre pacient, farmàcia comunitària i AP.

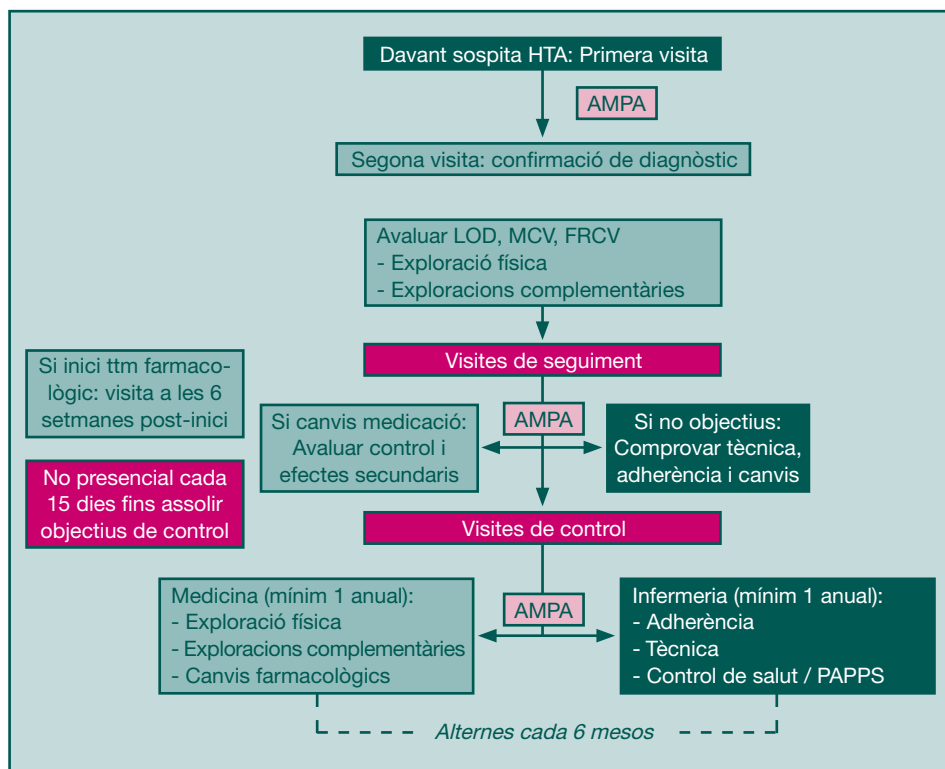


Figura. Algorisme del diagnòstic, seguiment i control en l'abordatge **presencial i no presencial** de la HTA.

Llegenda de colors: **verd fosc**, visita presencial amb infermeria; **verd clar**, presencial amb medicina; **rosa clar**, a la comunitat (domicili/farmàcia comunitària); **rosa fort**, visites suplementàries no presencials.

AUTORS

COORDINACIÓ EDICIÓ GUIA BREU

- Torras J, Soldevila N, Rebagliato O, Vinyoles E, Cecilia M, Benítez M, Albaladejo C.

AUTORS

- Agudo Ugena JP, Albaladejo Blanco C, Bayó Llibre J, Benítez Camps M, Camps Vilà L, Cecilia Salgueiro M, Coll de Tuero G, Dalfó Baqué A, De la Figuera Von Wichmann M, Gibert Llorach E, Gros García T, Iracheta Todó M, Mengual Martínez L, Pepió Vilaubí JM, Rebagliato Nadal O, Rosinach Bonet J, Serrat Costa M, Soldevila Bacardit N, Torras Borrell J, Tous Trepas S, Vila Coll MA, Vinyoles Bargalló E.

COL-LABORADORS

- Arnal López B, Griñan Ferré K, Roca Saumell, C.

CONSULTORS

- Armario García P, Blanch Gracia P, Oliveras Serrano A.

ABREVIATURES

a: anys; **AIT:** accident isquèmic transitori; **AMPA:** automesura de la PA; **ARAI:** antagonista del receptor de l'angiotensina II; **BB:** betablocador; **BC:** braç control; **BCC:** blocadors del canal del calci; **CI:** cardiopatia isquèmica; **DC:** deteriorament cognitiu; **DIU:** diürètic; **DIUt:** diürètic tiazídic; **DM:** diabetis mellitus; **ECG:** electrocardiograma; **EECC:** exploracions complementàries; **EF:** exploració física; **FA:** fibril·lació auricular; **FC:** freqüència cardíaca; **FRCV:** factors de RCV; **HVE:** hipertròfia ventricular esquerra; **HTA:** hipertensió arterial; **IC:** insuficiència cardíaca; **IECA:** inhibidor de l'enzim convertidor de l'angiotensina; **IJ:** ingurgitació jugular; **IMC:** Índex de massa corporal; **IMAO:** inhibidors de la monoaminoxidasa; **Inf:** Infermeria; **ISRA:** inhibidors del SRA. **ITB:** índex turmell-braç, **IU:** incontinència urinària; **LOD:** lesió d'òrgan diana; **m:** mesos; **MAPA:** monitoratge ambulatori de la PA; **MCV:** malaltia cardiovascular; **MEV:** modificacions estils de vida; **MPOC:** malaltia pulmonar obstructiva crònica; **MRC:** malaltia renal crònica; **MVP:** malaltia vascular perifèrica; **NEM:** neoplàsia endocrina múltiple; **p:** percentil; **PA:** pressió arterial; **PAD:** PA diastòlica; **PAPPS:** programa d'activitats preventives i de promoció de la salut; **PAS:** PA sistòlica; **PCC:** pacient crònic complex; **QAC:** Quocient Albúmina/Creatinina; **RCV:** risc cardiovascular; **SN:** sistema nerviós; **SRA:** sistema renina-angiotensina; **TCE:** traumatisme cranio-encefàlic; **ttm:** tractament.

La guia completa a la vostra
disposició en aquest QR:



Amb el patrocini de:

