

Historia Clínica en Pacientes con Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial se asocia con aumento del riesgo de complicaciones renales y cardiovasculares, como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, evento vascular cerebral, arteriopatía periférica y muerte cardiovascular, en especial cuando coexisten otras enfermedades. Por ello, debe evaluarse en todos los pacientes la presencia de enfermedad cardiovascular para permitir determinar el riesgo cardiovascular global.

Fuente: European Heart Journal 14-21, Jun 2013

Institución: European Society of Cardiology, European Society of Hypertension; Milán, Italia

Autores: Mancia R, Fragard R, Zannad F y colaboradores

Traducción textual: Normativas 2013 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ ESC) para el Abordaje de la Hipertensión Arterial

Título: 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

Historia clínica en pacientes con hipertensión arterial

La historia clínica debe incluir el momento de diagnóstico inicial de hipertensión arterial (HTA), mediciones actuales y previas de presión arterial (PA) y medicación antihipertensiva actual y previa. Debe prestarse atención a las causas de HTA secundaria. En las mujeres debe interrogarse el antecedente de HTA relacionada con el embarazo.

La HTA se asocia con aumento del riesgo de complicaciones renales y cardiovasculares (CV), como enfermedad coronaria (EC), insuficiencia cardíaca, evento vascular cerebral (EVC), enfermedad arterial periférica y muerte CV, en especial cuando coexisten otras enfermedades. Por ello, debe evaluarse en todos los pacientes la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) para permitir determinar el riesgo CV global, incluyendo enfermedades concomitantes como diabetes, signos o antecedentes de insuficiencia cardíaca, EC o enfermedad arterial periférica, enfermedad valvular cardíaca, palpitaciones, síncope, trastornos neurológicos, en especial EVC y ataque isquémico transitorio (AIT). Además debe incluirse el abuso de nicotina y la presencia de dislipidemia. El antecedente familiar de HTA prematura o ECV prematura constituyen indicadores iniciales de predisposición familiar (genética).

Examen físico

El examen físico tiene como objetivo establecer o verificar el diagnóstico de HTA, determinar los niveles de PA actual, rastrear las causas de HTA secundaria y realizar una estimación del riesgo CV global. La PA debe medirse en forma repetida para confirmar el diagnóstico de HTA. Al menos en una ocasión, la PA debe medirse en ambos brazos y, en caso de hallar diferencia mayores de 20 mm Hg de la presión arterial sistólica (PAS) o por encima de 10 mm Hg en la presión arterial diastólica (PAD) o ambas se debe realizar un estudio más profundo de anomalías vasculares. Deben auscultarse las carótidas, las arterias renales y el corazón. En presencia de soplos, deberían realizarse otros estudios, incluyendo ecografía de vasos del cuello, ecocardiograma y ecografía vascular renal. Otros parámetros a registrar son la talla, el peso y la circunferencia de la cintura, y determinar el índice de masa corporal. La palpación del pulso y la auscultación cardíaca pueden revelar la presencia de arritmias. El aumento de la frecuencia cardíaca en reposo indica aumento del riesgo de enfermedad cardíaca.

Estudios de laboratorio

Estos estudios están dirigidos a detectar la presencia de factores de riesgo adicionales, de HTA secundaria y de lesión de órgano blanco. (Tabla 1)

Genética

Los pacientes hipertensos suelen tener antecedentes familiares positivos. Se han descrito varias formas raras de HTA monogénica, como el síndrome de Liddle, entre otros. La HTA esencial es un trastorno muy heterogéneo que tiene una etiología multifactorial. Varios estudios y sus metanálisis apuntan a un total de 29 polimorfismos de un nucleótido, que se asocian con valores elevados de PAS, de PAD, o ambas.

Búsqueda de lesión de órgano asintomática

Existen pruebas del papel crucial que tiene la lesión de órgano asintomática en la determinación del riesgo CV en individuos con PA elevada o sin ella. La observación de que cualquiera de los cuatro marcadores de lesión de órgano (microalbuminuria, aumento de la velocidad de la onda de pulso, hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) y placas carotídeas) puede predecir mortalidad CV en forma independiente de la estratificación SCORE, constituye un argumento relevante que justifica examinar la lesión de órgano en la práctica diaria. Además, el riesgo aumenta en concordancia con el número de órganos afectados.

Corazón

El electrocardiograma (ECG) debe formar parte de la evaluación de rutina de los pacientes hipertensos. Si bien su sensibilidad para detectar HVI es baja, cuando se detecta, constituye un predictor independiente de eventos CV. También puede emplearse el ECG para detectar patrones de sobrecarga ventricular (lo que indica un riesgo más grave), isquemia, trastornos de la conducción, dilatación auricular izquierda y arritmias, incluyendo fibrilación auricular. En caso de sospecha de arritmias o posibles episodios de isquemia, se recomienda realizar un estudio Holter de 24 horas. La fibrilación auricular es frecuente y constituye una causa común de complicaciones CV, en especial, EVC en pacientes con HTA. La detección temprana de fibrilación auricular contribuye con la prevención del EVC al iniciar la terapia anticoagulante, si está indicada.

Tabla 1. Estudios complementarios en el paciente hipertenso.

Pruebas de rutina
Hemoglobina o hematocrito
Glucemia en ayunas
Colesterol total y colesterol asociado con lipoproteínas de alta y baja densidad
Triglicéridos
Ionograma sérico
Uricemia
Creatininemia
Análisis de orina; microalbuminuria
Electrocardiograma
Pruebas adicionales
Hemoglobina glucosilada
Proteinuria cuantitativa, ionograma urinario
Monitorización de PA en el hogar y ambulatoria de 24 horas
Ecocardiograma
Holter en caso de arritmias
Ecografía de vasos del cuello
Ecografía abdominal/arterial periférica
Velocidad de onda de pulso
Índice tobillo-braquial
Fondo de ojo
Evaluación completa (dominio del especialista)
Estudios adicionales para detectar lesión cerebral, cardíaca, renal y vascular en HTA resistente o complicada
Búsqueda de HTA secundaria cuando se sospecha por la historia clínica, el examen físico o por otros estudios

El ecocardiograma resulta más sensible que el ECG para detectar HVI y es útil para establecer el riesgo CV y renal. Por tanto, puede contribuir a lograr una estratificación más precisa del riesgo global y a determinar el tratamiento. Si bien la relación entre masa ventricular izquierda y riesgo CV es continua, se emplean valores de corte de 95 g/m² para las mujeres y 115 g/m² para los hombres.

La HTA se asocia con alteraciones de la relajación y llenado del VI, lo que se engloba bajo el término disfunción diastólica. La disfunción diastólica inducida por la HTA se asocia con geometría concéntrica y puede producir síntomas y signos de insuficiencia cardíaca, aun cuando la fracción de eyección sea normal.

En el ecocardiograma Doppler, la reducción de la velocidad diastólica temprana (e') es típica de la enfermedad cardíaca hipertensiva y, frecuentemente, la velocidad diastólica temprana septal se reduce más que la lateral. El diagnóstico y la clasificación de la disfunción diastólica se basan en la velocidad diastólica temprana y mediciones adicionales como relación entre E transmitral y e' (E/e') y el tamaño de la aurícula izquierda.

Los intervalos normales y valores de corte para enfermedad cardíaca hipertensiva para parámetros clave ecocardiográficos se resumen en la Tabla 2.

Existen procedimientos específicos para el diagnóstico de isquemia miocárdica en pacientes hipertensos con HVI. Una prueba de ejercicio que demuestre capacidad aeróbica normal sin modificaciones significativas en el ECG tiene un valor predictivo negativo aceptable en pacientes sin síntomas indicativos de enfermedad coronaria obstructiva. En caso de que el ECG en ejercicio resulte positivo o ambiguo, se requiere realizar un estudio por imágenes para identificar isquemia miocárdica, como la resonancia magnética nuclear (RMN) cardíaca de estrés, el centellograma de perfusión o la ecocardiografía de estrés.

Vasos sanguíneos

El estudio ecográfico de las arterias carótidas con medición del grosor miointimal carotídeo o la presencia de placas predice la aparición de EVC e infarto de miocardio, en forma independiente de los factores de riesgo CV tradicionales.

El engrosamiento de grandes arterias y el fenómeno de reflexión de ondas han sido identificados como los determinantes fisiopatológicos más importantes de la HTA sistólica aislada y el incremento de la presión de pulso con la edad. La velocidad de la onda de pulso carotídeo-femoral constituye el método de referencia para medir la rigidez aórtica.

El índice tobillo-braquial (ITB) puede medirse con aparatos automáticos, o con Doppler de onda continua y un esfigmomanómetro. Un ITB bajo (< 0.9) señala enfermedad arterial periférica y, en general, aterosclerosis avanzada, y tiene valor predictivo para eventos CV.

Riñón

El diagnóstico de lesión renal inducida por HTA se basa en el hallazgo de reducción de la función renal o detección de incremento de la excreción urinaria de albúmina, o ambos. Una vez detectada, la enfermedad renal crónica (ERC) se clasifica de acuerdo con la tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe). Cuando la TFGe es menor de 60 ml/min/1.73 m², se reconocen tres estadios de ERC: estadio 3, con valores de entre 30 y 60 ml/min/1.73 m²; estadio 4, con valores por debajo de 30 ml/min/1.73 m², y estadio 5, con valores inferiores a 15 ml/min/1.73 m². Esta estimación permite detectar deterioro leve de la función renal cuando los niveles séricos de creatinina se encuentran dentro del intervalo normal. Por otro lado, el hallazgo de un aumento de la tasa de excreción urinaria de albúmina o proteínas señala un deterioro en la barrera de filtración glomerular. La microalbuminuria predice la aparición de nefropatía diabética en pacientes con diabetes tipo 1 y 2 y la presencia de proteinuria señala la existencia de enfermedad renal parenquimatosa establecida. En pacientes hipertensos, la microalbuminuria predice eventos CV.



Tabla 2. Umbrales para evaluar el remodelado y la función diastólica del ventrículo izquierdo en pacientes con hipertensión.

Parámetro	Anormal si:
Índice de masa ventricular izquierda (g/m ²)	> 95 (mujeres) > 115 (hombres)
Grosor parietal relativo	> 0.42
Función diastólica Velocidad septal e' (cm/s) Velocidad lateral e' (cm/s) Índice de volumen de la aurícula izquierda (ml/m ²)	< 8 < 10 ≥ 34
Presiones de llenado del ventrículo izquierdo: relación E/e' (promedio)	≥ 13

Fondo de ojo

El significado pronóstico de la clasificación de retinopatía hipertensiva mediante fondo de ojo ha sido documentado en pacientes con HTA. La retinopatía de grado III y de grado IV señala retinopatía hipertensiva grave y tienen alto valor predictivo de mortalidad.

Cerebro

La HTA, además de su conocido efecto sobre la aparición de EVC, se asocia con riesgo de lesión cerebral asintomática

detectada en la RMN cerebral, en particular en los ancianos. Los tipos más frecuentes de afección son la hiperintensidad de la sustancia blanca y los infartos silentes, la gran mayoría de los cuales con pequeños y profundos (infartos lacunares). Otro tipo de lesiones son las microhemorragias. La presencia de hipertintensidad en la sustancia blanca y de infartos silentes se asocia con aumento del riesgo de EVC, deterioro cognitivo y demencia. En pacientes hipertensos sin ECV manifiesta la RMN mostró que las lesiones vasculares cerebrales silentes son aun más prevalentes que las lesiones subclínicas cardíacas y renales y que suelen tener lugar en ausencia de otros signos de lesión de órganos.

Búsqueda de formas secundarias de HTA

En una relativa baja proporción de pacientes hipertensos puede identificarse una causa específica y potencialmente reversible de HTA. Si se realiza el diagnóstico apropiado y se trata adecuadamente, los pacientes con una forma secundaria de HTA pueden curarse o al menos mostrar una mejoría del control de la PA y una disminución del riesgo CV. El rastreo de la HTA secundaria puede basarse en la historia clínica, el examen físico y las investigaciones de laboratorio de rutina. Asimismo, puede sospecharse la presencia de una forma secundaria de HTA en caso de elevación grave de la PA, inicio repentino o empeoramiento de la HTA, escasa respuesta de la PA a la medicación o lesión de órgano blanco desproporcionado a la duración de la HTA. Las causas de HTA secundaria comprenden síndrome de Cushing, feocromocitoma, riñón poliquístico, hipertensión renovascular, coartación de aorta, enfermedad aórtica, entre otras.