

## **PREGUNTA CLÍNICA N°1, N°2, N°3 Y N°4**

**P1: ¿ES EFECTIVO EL CRIBADO DE LA HTA PARA DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR?**

**P2: ¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD ÓPTIMA DE MEDICIÓN DE LA PA EN POBLACIÓN SANA?**

**P3: ¿EXISTE UN LÍMITE DE EDAD PARA INTERRUMPIR EL CRIBADO?**

**P4: ¿QUÉ CIFRAS DEFINEN A UNA PERSONA COMO HIPERTENSA?**

Fecha de edición: Abril 2014

### **RESUMEN**

#### **1. Introducción.**

En la versión anterior de la Guía, se propone lo siguiente:

El beneficio del cribado de la HTA procede de información indirecta(1). Se recomienda el cribado de la HTA mediante una estrategia oportunista, a través de la determinación periódica de la PA clínica (Grado B).

No se ha establecido un intervalo óptimo para el cribado de la PA y se recomienda el seguimiento de las recomendaciones del PAPPs: toma de la PA al menos una vez < 14 años, cada 4 ó 5 años desde los 14 hasta los 40 años de edad y cada 2 años > 40 años (Grado D).

El cribado y tratamiento de la HTA en los ancianos siguen siendo beneficiosos sin que se haya establecido un límite de edad para suspenderlos.

En personas > 18 años que no reciben tratamiento farmacológico se considera HTA la elevación permanente de las cifras de PA en consulta: PAS > 139 mmHg y PAD > 89 mmHg.

#### **2. Resumen respuesta en GPCs base.**

**CHEP:** recomienda que los profesionales de la salud, que han sido especialmente entrenados para medir la presión arterial (PA), evalúen con precisión la PA a todos los pacientes adultos en todas las visitas que sean necesarias para determinar el riesgo cardiovascular y controlar el tratamiento antihipertensivo (Grado D).

Si la PA sistólica (PAS) es  $\geq 140$  mmHg y / o la PA diastólica (PAD) es  $\geq 90$  mmHg, debe programarse una visita específica para evaluar el diagnóstico de hipertensión (Grado D). Si la PA es normal-alta (PAS 130-139 mmHg y / o PAD 85-89 mmHg) se recomienda un seguimiento anual (Grado C).

**NICE:** no contempla preguntas relacionadas con el cribado. Los valores a partir de los cuales considera a una persona hipertensa son  $\geq 140/90$  mmHg. Si la PA es < 140/90 mmHg, recomienda realizar controles de la PA cada 5 años y con mayor frecuencia si las cifras de PA están próximas a 140/90 mmHg.

### 3. Resumen de la evidencia.

a) CTFPHC(2):

- [ Recomienda medir la PA en todas las visitas de atención primaria que sean apropiadas. (*Evidencia de calidad baja*). El ECA(3) en el que se basa la recomendación incluye a sujetos  $\geq 65$  años y tiene un año de duración. Participan 39 municipios de Ontario (Canadá) de los cuales 20 corresponden a grupo experimental y la intervención, basada en un programa de promoción y prevención de la salud (CHAP), incluye además de la toma de PA (cribado poblacional), la evaluación del RCV y la realización de sesiones educativas durante un periodo de 10 semanas. El estudio muestra que las comunidades de intervención mostraron resultados significativamente mejores para el outcome primario (IAM, IC, ACV), los ingresos hospitalarios IAM e IC. No hubo una diferencia estadísticamente significativa para ingresos hospitalarios por ACV ni para la mortalidad por cualquier causa.
- [ No establecen cuál es la periodicidad óptima para el cribado ya que no identifican estudios que cumplan con los criterios de inclusión.
- [ Incluyen 2 ECAs(4, 5) para evaluar los posibles efectos adversos asociados al cribado de la HTA. Ambos estudios cuyo tamaño muestral es  $< 40$ , incluyen reclutas militares noruegos (hombres)  $> 19$  años y tienen un año de duración. Concluyen que las PAM de los hombres que habían sido informados del resultado del cribado tuvieron mediciones de PAS y PAD más altas a los 15 y 30 minutos. (*Evidencia de calidad muy baja*).

b) USPSTF(6):

- [ La presión arterial alta (Hipertensión) en adultos se define habitualmente por: una PAS  $\geq 140$  mmHg o una PAD  $\geq 90$  mmHg.
- [ Debido a la variabilidad en las mediciones individuales de presión arterial, se recomienda que se diagnostique de HTA sólo después  $\geq 2$  lecturas elevadas en al menos 2 visitas durante un periodo de 1 a varias semanas.
- [ El USPSTF hace suyas las recomendaciones sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la HTA que el Joint National Committee (JNC 7) realiza en su séptimo informe:
  - Cada 2 años con PA  $< 120/80$
  - Anual con PAS 120-139 mmHg o PAD de 80-90 mmHg.

Estas recomendaciones sobre el cribado de la HTA del 2003 se reafirman en el informe de Wolff(7) y se basan en una síntesis narrativa de cinco ECAs para concluir que el tratamiento farmacológico inicial se asocia con efectos secundarios comunes, siendo poco frecuentes los efectos secundarios graves.

- c) En el Informe de evaluación Análisis y Desarrollo del Plan de Actividades Preventivas de Atención Primaria(8), publicado en Enero de 2011, se concluye que los beneficios sobre la efectividad del cribado se deducen a partir de los beneficios en la prevención de morbilidad cardiovascular en los ECA sobre personas hipertensas. El informe determina que no se ha establecido un intervalo óptimo para el cribado de la PA y se recomienda: seguimiento de las recomendaciones del PAPPs sobre el cribado de la HTA: toma de PA, al menos, una vez antes de los 14 años; cada cuatro o cinco años desde los 14 hasta los 40 años de edad, y cada dos años a partir de los 40 años, aprovechando las visitas ocasionales. (Grado D)

### 4. De la evidencia a la recomendación.

**Balance beneficios y riesgos, opinión de los pacientes, recursos, balance de las consecuencias:**

Los beneficios del cribado de la PA se deducen a partir de los beneficios en la prevención de morbilidad CV en los ECA realizados en personas hipertensas.

No se han identificado estudios que aporten información sobre los daños potenciales del cribado de la HTA. La USPSTF (3) concluye que la medición de la PA puede identificar a los adultos de mayor RCV y el beneficio de la detección y tratamiento de la PA alta en adultos disminuye sustancialmente la incidencia de eventos CV. El tratamiento farmacológico inicial se asociaría con efectos secundarios comunes, siendo poco frecuentes los efectos

secundarios graves.

La medición de la PA es común en la práctica clínica y parece estar universalmente aceptada.

Los costes se asocian con los equipos de medición y el tiempo de consulta, siendo los costes más altos los relacionados con el tratamiento, así como con las consecuencias derivadas de los casos de enfermedad no tratada.

**Razonamiento justificación de la recomendación:**

P1: La efectividad del cribado de la hipertensión arterial se deduce a partir de los beneficios en la prevención de morbimortalidad cardiovascular sobre personas hipertensa.

En un ECA donde se incluyen sujetos de  $\geq 65$  años y se realiza cribado poblacional de la HTA como parte de un programa de prevención y promoción de la salud, se concluye que la aplicación del programa puede reducir la morbilidad cardiovascular de la población (Evidencia de calidad baja)

P2: No se han identificado estudios que evalúen el intervalo óptimo para el cribado de la PA y las recomendaciones varían según los diferentes paneles de expertos.

P3: No se han identificado estudios que evalúen el límite de edad para interrumpir el cribado.

P4: Existe consistencia entre las distintas GPC y grupos de expertos.

**Recomendación:**

P1: Se recomienda el cribado o detección precoz de la hipertensión arterial mediante una estrategia oportunista, a través de la determinación periódica de la PA clínica.

P2: Se recomienda el seguimiento de las recomendaciones del PAPPS sobre el cribado de la HTA: toma de PA, al menos, una vez antes de los 14 años; cada 4 ó 5 años desde los 14 hasta los 40 años de edad, y cada 2 años a partir de los 40 años, aprovechando las visitas ocasionales.

P3: No se ha establecido un límite de edad para interrumpir el cribado.

P4: Las cifras a partir de las cuales se define un persona como hipertensa son  $\geq 140/90$  mmHg.

**Consideraciones para la implementación:**

En nuestro medio, es el personal de enfermería el profesional más indicado para realizar las determinaciones de PA.

**Factibilidad:**

La medición de la PA es común en la práctica clínica y está universalmente aceptada.

**Evaluación y prioridades para la investigación:**

Realizar ECAs que evalúen específicamente y directamente si la detección de la hipertensión en la práctica de atención primaria reduce el riesgo de morbimortalidad cardiovascular así como evaluar los posibles daños potenciales ligados al cribado de la HTA.

## 5. Bibliografía.

1. Ebrahim S. Detection, adherence and control of hypertension for the prevention of stroke: a systematic review. Health Technol Assess. 1998;2(11):i-iv, 1-78.
2. Canadian Task Force On Preventive Health Care. Screening for Hypertension. Disponible en <http://canadiantaskforceca/guidelines/screening-for-hypertension/> [Acceso Ene 2013]. 2012.
3. Kaczorowski J, Chambers LW, Dolovich L, Paterson JM, Karwalajtys T, Gierman T, et al. Improving cardiovascular health at population level: 39 community cluster randomised trial of Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP). Bmj. 2011;342:d442.

4. Rostrup M, Mundal HH, Westheim A, Eide I. Awareness of high blood pressure increases arterial plasma catecholamines, platelet noradrenaline and adrenergic responses to mental stress. *J Hypertens*. 1991;9(2):159-66.
5. Rostrup M, Kjeldsen SE, Eide IK. Awareness of hypertension increases blood pressure and sympathetic responses to cold pressor test. *Am J Hypertens*. 1990;3(12 Pt 1):912-7.
6. U.S. Preventive Service Task Force. Screening for High Blood Pressure. Disponible en <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspshypehtm> [Acceso Dic 2012]. 2007.
7. Wolff T, Miller T. Evidence for the reaffirmation of the U.S. Preventive Services Task Force recommendation on screening for high blood pressure. *Ann Intern Med*. 2007;147(11):787-91.
8. Gutiérrez ML, Berraondo I, Bilbao JL, Gorroñoigoitia AI, Gutiérrez M, Gutiérrez B, et al. Análisis y desarrollo del plan de actividades preventivas de Atención Primaria. Revisión de la oferta preferente y del programa informático de soporte (PAP). Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco, 2011. Informe nº Osteba D-11-01; 2011.