

Hipertentsio Arterialari buruzko Praktika Klinikokoaren Gidaliburua

Gomendioen Laburbilduma



Osakidetza
Servicio vasco de salud



Sociedad Vasca de Medicina
de Familia y Comunitaria



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

GOMENDIOEN LABURBILDUMA

PAZIENTE HIPERTENTSOAREN HASIERAKO BALORAZIOA

- B** HTAren screening edo baheketa egitea gomendatzen da, aldian behin PA hartuz, kontsultara etorzen direla aprobetxatuz.
- D** PA hartzea gomendatzen da, 14 urte bete aurretik behin gutxienez, 4 edo 5 urtetik behin 14 urtetik 40 urtera bitartean, eta 2 urtetik behin 40 urte egin ondoren, aldian behin kontsultara datorrela aprobetxatuz.
- ✓ Hobe da Osasun Zentroetan PAREN neurketak erizaintzako pertsonalaren eskutik eginak izatea.
- B** Gaur egun onartzen da HTA definitzeko ebaketa-puntua 140 mm Hg-tan kokatzen dela PASerako eta 90 mm Hg-tan PADERako.
- C** PA 139 mm Hg-ko PASaren goitik edota 89 mm Hg-ko PADren goitik igotzea berretsi beharreko puntua da; horretarako bi neurketa egingo dira bisitaldi bakoitzean, gutxienez beste bi kontsultatan, tartean astebeteko epea utziz. 1. estadioan sailkatuak dauden pazienteetan aurrekoaz gainera beste bi kontsulta gehigarri egin beharko dira gutxienez, ondorengo 4 asteetan.
- B** PAREN zifrak kontrolatzeak lehentasun osoa du gaixotasun kardiobaskularra duten pazienteetan.
- D** Hipertentso bat arrisku altukoa den ala ez erabakitzeko, Anderson-en metodo kuantitatiboa proposatzen da.
- D** Hipertentso bat arrisku altukotzat jotzen da 10 urterako bere arrisku kardiobaskularra % 20koa edo hortik gorakoa denean.
- D** 10 urterako % 20ko arrisku kardiobaskularra gainditzen duten hipertentsoen tratamendu farmakologikoa kontuan hartu beharko da, baldin eta neurri higieneko-dietetiko hutsekin beraien PA kontrolatu ezin bada.
- D** PAMA (presio arterialaren monitorizazio anbulatorioa) edo PAEN (presio arterialaren etxeko norberaren neurketa) neurketak AAMI eta BHS erakundeek emandako nazioarteko arauen arabera baliatutako tresnekin egin behar dira.
- B** Paziente bat hipertentso bezala definitzen duten PAEN bidez neurtutako PAREN zifrak ondorengoak dira: PAS $\geq$ 135 mm Hg eta PAD $\geq$ 85 mm Hg.
- B** Paziente bat hipertentso bezala definitzen duten PAMA bidez neurtutako **24 orduko** batez besteko PAREN zifrak ondorengoak dira: PAS $\geq$ 135 mm Hg eta PAD $\geq$ 80 mm Hg.
- D** Paziente bat hipertentso bezala definitzen duten PAMA bidez neurtutako **eguneko** batez besteko PAREN zifrak ondorengoak dira: PAS $>$ 135 mm Hg eta PAD $>$ 85 mm Hg.

D Paziente bat hipertentso bezala definitzen duten PAMA bidez neurtutako **gaueko** batez besteko PArEn zifrak ondorengoak dira: PAS > 120 mm Hg eta PAD > 75 mm Hg.

B Paziente bat PAEN bidez bata zuriko hipertentso bezala (BHZ) definitzeak, ondoren PAMA bidez berrestea eskatzen du.

D BZHren jarraipenak barruan hartu behar ditu neurri ez-farmakologikoak, eta baita arrisku kardiobaskularraren eta xede-organoetako lesioaren monitorizazioa ere.

B BHZ edo HTA kliniko isolatua duten pazienteek, kontsultan eta baita PAMA bidez ere, beharrezkoa izanez gero, egindako PArEn neurketekin kontrolatuak izan behar dute, HTA mantendura egin dezaketen eboluzio posiblea identifikatu ahal izateko.

D Paziente hipertentsoarentzat proposatutako hasierako azterketak ondokoak hartzen ditu barne: azterketak fisiko kardiobaskularra, analitika (hemograma, gluzemia, kreatinina, sodioa, potasioa, azido urikoa, kolesterola, TGZ, HDL, LDL eta gernu-jalkina), begi-ondoa eta EKG.

Jarraipena egiteko proposamena

D PArEn zifra egokiak dituen paziente hipertentsoa erizaintzako kontsultetan izango da kontrolatua, lehen mailako asistentzian, sei hilean behingo aldizkotasunarekin arrisku kardiobaskular baxuko paziente baldin bada, eta hiru hilean behin gainerako kasuetan. Eta horrez gain, komeni da urtean behin medikuaren kontsultan baloratua izatea.

Betetze-maila terapeutikoa

A Hipertentsioaren kontrako tratamendu farmakologikoa, ahal dela behintzat, eguneko dosi bakar batean dosifikatu behar litzateke.

B Paziente hipertentsoak tratatzen dituzten profesional sanitarioek hainbat estrategia erabili behar dituzte aldi berean paziente horiek terapia farmakologikoa ongi betetzen dutela garrantzatzeko.

PAZIENTE HIPERTENTSOAREN TRATAMENDUA

Neurri higieniko-dietetikoak

A HTA esentziala duten pazienteek aholku profesionala jaso beharko dute beren dietako sodio-educia gutxitzeko; aholku hau mantendu egin behar da baita bihotzarentzat dieta osasungarria egiten duten pazienteetan ere.

✓ Profesionalaren esku-hartzea indibidualizatua izango da, onartze-mailaren eta ikusitako eraginaren neurriaren arabera.

A Paziente hipertentsoek aholkuak jaso behar dituzte, beren ezaugarrietara egokitutako ariketa fisiko **aerobikoa** egin dezaten aholkatuz. Ariketa horiek astean hirutan egin behar lirateke gutxienez, 45-60 minutuko iraupena duten ariketa aerobikoen txandak eginez.

A Edaten duten hipertentsoei alkohol-kontsumoa murrizteko aholkuak eman behar zaizkie. Helburua alkohol-kontsumoa gutxienez % 60 jeistea da.

A Estresaren kontrola ez da gomendatzen neurri orokor bezala gure inguruan, HTAren tratamendurako.

A HTA esentziala duten pazienteek, baita medikazioa hartzen ari direnek ere, pisua gutxitzeko aholku profesionala jaso behar dute.

A Potasio asko duten fruta eta berduratan aberatsa den jan-neurria gomendatu behar zaie hipertentsioa duten paziente guztiei. Potasio-gehigarriak ere gomenda daitezke zenbait pazienteren kasuan, behin paziente horien balorazio indibidualizatua egin ondoren.

A Ez lirateke kaltzio-gehigarriak gomendatu behar paziente hipertentsoentzat, modu orokorrean bederen.

Tratamendu farmakologikoa, gainerako gaixotasunik ez duten pazienteetan

B Tratamenduaren helburu bezala zifra hauek gomendatzen dira: PAS $\leq$ 140 mm Hg eta PAD $\leq$ 90 mm Hg.

A HTA ez-konplikatuaren tratamenduan, diuretiko tiazidikoak, dosi baxuetan, dira lehen aukerako farmakoak, bai hipertentso gazteetan eta baita adinez aurrera doazenetan eta HTA sistoliko isolatuan ere. Lehen aukerakoak dira baita ere HTAren hasierako tratamenduan 1. eta 2. estadioetan, beste arrisku faktore bat dagoenean.

A Betablokeatzaileak lehen aukerako farmakoak dira HTA ez-konplikatua duten hipertentso gazteetan. Adineko hipertentsoan, berriz, betablokeatzaileak farmako alternatibo gisa erabil daitezke, edota beste tratamendu batzuei elkartuta.

A AEBlak (angiotentsinaren entzima bihurtzalilearen inhibitzaileak edo “priloak”) farmako alternatibo gisa erabil daitezke HTA ez-konplikatua duten hipertentsoetan, beti ere giltzurruneko arteriaren estenosirik ez badago.

B Nitrendipinoa diuretiko tiazidikoen alternatiba eraginkorra da adineko pertsonetan HTA sistoliko isolatua tratatzeko.

A Kaltzioaren antagonistek profil okerragoa dute diuretikoek, betablokeatzaileek edo AEBlak baino gaixotasun kardiobaskularraren prebentziorako, eta horregatik gainerako gaixotasunik ez duten hipertentsoetan aurreko hiru taldeetako botiken jasanenezintasuna dagoenean bakarrik gomendatzen dira edota bestela elkartuta.

A Alfablokeatzaileak ez dira gomendatzen lehen aukerako tratamendu bezala monoterapiari.

- B** Alfablokeatzaileak beste botika batzuekin elkartuta ematea ere, gainerako farmakoen konbinazioek porrot egin duten kasuetarako bakarrik utzi behar da.
- A** Hobe da losartan erabiltzea atenolol erabiltzea baino, EBH (ezkerreko bentrikularen hipertrofia) duten arrisku kardiobaskular altuko hipertentsoen tratamenduan.
- A** Kontrako efektuak direla-eta tratamendua bertan behera uzteko maiztasuna aldatu egiten da farmako batetik bestera. Eta hori kontuan hartu beharra dago tratamendua aukeratzeko orduan: normalean kaltzioaren antagonistak eta alfablokeatzaileak izaten dira okerren jasaten diren farmakoak.

Tratamendu farmakologikoa egoera berezietan

Nefropatia ez-diabetikoa

- B** Nefropatia ez-diabetikoan, proteinuria 1 g/eguneko baino handiagoa baldin bada, PA 125/75 mm Hg-ren azpitik jaitsi behar da (eta horrek gutxi gorabehera 92 mm Hg-ko batez besteko PA esan nahi du).
- B** Nefropatia ez-diabetikoan, protenuria 0,25-1 g/eguneko tartean baldin badago, PA 130/85 mm Hg-ren azpitik jaitsi behar da (eta horrek gutxi gorabehera 98 mm Hg-ko batez besteko PA esan nahi du).
- B** Proteinuria 0,25 g/eguneko baino txikiagoa baldin bada, gomendio orokorrak jarraitu behar dira.
- A** Nefropatia ez-diabetikoa duten paziente hipertentsoen hasierako tratamenduak AEBI bat izan behar du.
- ✓ Nefropatia ez-diabetikoa duten paziente hipertentsoetan, hasierako tratamenduak AEBI bat izan behar du, betiere giltzurruneko arterien alde bietako estenosirik ez badago, edo alde bakarreko estenosia giltzurrun bakarrean.

Diabetesa

- A** HTA esentziala eta 2 motako DM duten nefropatiarik gabeko pazienteek tratamendua jaso behar dute beren PA jaisteko, PAD $\leq$ 80 mm Hg-ko zifrak lortu arte.
- D** HTA esentziala eta 2 motako DM duten nefropatiarik gabeko pazienteek tratamendua jaso behar dute beren PA jaisteko, PAS $\leq$ 130 mm Hg-ko zifrak lortu arte.
- D** DM eta nefropatia duten pazienteetan, proteinuria 1 g/eguneko baino handiagoa bada, PA 125/75 mm Hg-ren azpitik jaitsi behar da.
- ✓ HTA esentziala eta 2 motako DM duten pazienteetan, normalean beharrezkoa izaten da tratamendua bi farmako edo gehiagorekin egitea, helburuko zifretara iristeko.
- B** 2 motako DM duten paziente hipertentsoek dosi baxuko tiazidekin AEBlotin, betablokeatzaileekin, edo katzioaren antagonistekin tratatuak izan behar dute, eta lehentasun-ordena horretantxe gainera, nahiz eta oraindik aukerako

tratamenduak zein izan behar duen erabakitzeko behin betiko ebidentziak falta diren.

A 55 urtetik gorako paziente diabetiko eta HTA dutenen tratamenduan AEBI bat (ramipril) gehitzeko aukera kontuan hartu behar da.

A 55 urtetik gorako 2 motako DM duten eta horrez gain EKGan EBH duten paziente hipertentsoetan, AHA-II bat (angiotentsina-II hartzailen antagonistak edo “sartanak”) (losartan) har daiteke hasierako hipertentsioaren kontrako tratamendu gisa.

B HTA sistoliko isolatua duten paziente diabetiko zaharrek dosi baxuko diuretikoekin izan behar dute tratatuak ahal bada, edo eragin luzeko dihidropiridinekin bestela (nitrendipinoa)

A DM eta nefropatia duten paziente hipertentsoek AHA-II batekin (irbesartan edo losartan) edota AEBI batekin izan behar dute tratatuak.

B Mikroalbuminuria duten pazienteetan AEBlak erabil daitezke lehen aukerako farmako bezala; eta proteinuria nabarmena duten pazienteetan, berriz, AHA-II farmakoak.

✓ AEBI/AHA-II: bi farmako-klase horietakoren aurkako jasanezintasuna agertuz gero, alternatiba bezala, beste botika-klasea erabili behar da kasu bakoitzean.

Bihotzeko gutxiegitasun kongestiboa (BGK)

A BGK duten paziente guztiak AEBlakin tratatu behar dira, edozein dela ere gutxiegitasunaren etiologia edo klase funtzionala, betiere kontraegokiespenik agertzen ez bada, noski, eta botika horien erabilera jasaten bada. Jasaten ez dituzten pazienteetan AHA-II bat erabiliko da.

A II-IV klase funtzionaleko BGK egonkorra duten paziente guztiak, aldezturik tratamendu estandarra (AEBI, diuretikoak eta/edo digitala) jaso ondoren, betablokeatzaileekin tratatzea gomendatzen da.

✓ BGK duten pazienteetan betablokeatzaile-dosiaren titulazioa modu motelean egin behar da, eta astez aste, botikaren jasangarritasuna hobetzeko.

A BGK duten pazienteetan ez da dihidropiridinarik erabili behar tratamendu estandarraren barruan.

✓ Eragin luzeko dihidropiridinak (amlodipinoa edo felodipinoa) PA kontrolatzeko beharrezkoak direnean bakarrik erabiliko dira edota angina-contrako botika bezala bestela.

Kardiopatia iskemikoa

B Betablokeatzaileak eta kaltzioaren antagonistak, ordena horretan gainera, dira HTAren tratamendurako aukerako farmakoak angina egonkorra duten paziente hipertentsoetan.

B Ez da erabili behar eragin laburreko nifedipinorik angina duten pazienteetan.

A Kardiopatía iskemikoa eta hipertentsio arteriala duten paziente guztietan tratamenduari AEBI bat gehitzeko aukera hartu behar da kontuan.

A Betablokeatzaileak dira aukerako farmakoak MIAren (miokardioko infartu akutua) historia duten paziente hipertentsoen tratamenduan.

✓ MIAren historia duten paziente hipertentsoetan hobeak dira BJSrik (berezko jardura sinpatikomimetikoa) gabeko betablokeatzaileak.

A Aldez aurretik MIA bat izan duten paziente guztietan, ezker-bentrikuluko disfuntzio sistolikoarekin edo disfuntziorik gabe, AEBI bat erabiltzeko aukera hartu behar da kontuan, botika horien kontraegokiespenik edo jasanezintasunik ez badago bederen.

B Kaltzioaren antagonistek ez lukete MIA bat jasan duten paziente hipertentsoen aukerako tratamenduan agertu behar.

✓ MIAren historia duten paziente hipertentsoetan, beharrezkoa gertatuz gero, verapamil eta diltiazem erabil daitezke, baldin eta funtzio sistolikoa kontserbatua badago.

Istripu zerebrobaskular akutua (IZB)

A Hipertentsioaren kontrako botikekin tratatu behar dira IZB bat jasan duten paziente hipertentso guztiak.

A Diuretiko baten eta AEBI baten konbinazioa (indapamida eta peridopril) aukera egokia da aldez aurretik IZB bat jasan duen hipertentsoaren tratamendurako.

Asma eta Biriketako Gaixotasun Buxatzaile Kronikoa (BGBK)

A Ez dira erabili behar betablokeatzaile ez-kardioselektiboak asma edo BGBK duen paziente hipertentsoaren tratamenduan.

B BGBKren eta asmaren kasuan, fase arin-moderatuan egonez gero eta berriro okerragotzerik gertatu ezean, erabili daitezke kontu handiarekin BJSrik gabeko betablokeatzaile kardioselektiboak, betiere horiek erabiltzeko indikazio sendoa baldin badago noski (kardiopatía iskemikoa edo bihotzeko gutxiegitasun kongestiboa).

✓ BGBK edo asma larria kardiopatía iskemikoarekin batera ematen direnean, betablokeatzaileak erabiltzeko premia indibidualizatu beharra dago, neurri horren onurak eta kalteak baloratuz.

Klaudikazio intermitentea

B Klaudikazio intermitentea duten paziente hipertentsoen tratamenduak gomendio orokorrak jarraitu behar ditu. Betablokeatzaile kardioselektiboak kasu egonkorretan erabil daitezke, fase arin edo moderatuetan, eta betiere horiek erabiltzeko indikazio sendoa baldin badago.

EBIDENTZIA-MAILAK	
1++	Metaanalisiak, saiakuntza klinikoen azterketa sistemakoak edota alborapen-arrisku oso gutxi duten kalitate altuko saiakuntza klinikokoak.
1+	Metaanalisiak, saiakuntza klinikoen azterketa sistemakoak edota alborapen-arrisku gutxi duten ongi burututako saiakuntza klinikokoak.
1 -	Alborapen-arrisku asko duten metaanalisiak, saiakuntza klinikoen azterketa sistematikoak edo saiakuntza klinikokoak.
2++	Kalitate altuko kasu eta kontrolen ikerketen edo kohorte-ikerketen azterketa sistematiko, alborapen-arrisku oso gutxi duten eta kausa-harremana ezartzeko probabilitate altua duten kalitate altuko kasu eta kontrolen edo kohorte-ikerketak.
2+	Alborapen-arrisku gutxi duten eta kausa-harremana ezartzeko probabilitate moderatua duten ongi burututako kasu eta kontrolen ikerketen edo kohorte-ikerketak.
2 -	Alborapen-arrisku asko duten kasu eta kontrolen ikerketen edo kohorte-ikerketak.
3	Ikerketa ez-analitikoak, esate baterako kasuen txostenak eta kasuen serieak.
4	Adituen iritzia.
GOMENDIO-MAILAK	
A	Gutxienez 1++ bezala sailkatua dagoen eta Gidaliburu honen helburuko populazioari zuzenean aplikatzeko modukoa den metaanalisi bat, azterketa sistematikoa edo saiakuntza klinikoa; edota 1+ bezala sailkatuak dauden eta beraien artean finkotasun handikoak diren ikerketek osatutako froga multzoa.
B	2++ bezala sailkatuak dauden, Gidaliburu honen helburuko populazioari zuzenean aplikatzeko modukoak diren eta beraien artean finkotasun handikoak diren ikerketek osatutako froga multzoa; edota 1++ edo 1+ bezala sailkatutako ikerketatik estrapolatutako ebidentzia.
C	2+ bezala sailkatuak dauden, Gidaliburu honen helburuko populazioari zuzenean aplikatzeko modukoak diren eta beraien artean finkotasun handikoak diren ikerketek osatutako froga multzoa; edota 2++ bezala sailkatutako ikerketatik estrapolatutako ebidentzia.
D	3 edo 4 mailako ebidentzia; edota 2+ bezala sailkatutako ikerketatik estrapolaturako ebidentzia.

LABURDUTA

AEBI	Angiotentsinaren entzima bihurtzailearen inhibitzaileak edo “priloak”	EKG	Elektrokardiograma
AHA-II	Angiotentsina-II hartzzaileen antagonistak edo “sartanak”	HDL	Dentsitate altuko lipoproteinak
AAMI	American Association of Medical Instrumentation	HTA	Hipertentsio arteriala
BGBK	Biriketako Gaixotasun Buxatzaile Kronikoa	IZB	Istripu zerebrobaskularra
BGK	Bihotzeko gutxiegitasun kongestiboa	LDL	Dentsitate baxuko lipoproteinak
BHS	British Hypertension Society	mmHg	Merkurio milimetroak
BJS	Berezko jarduera sinpatikomimetikoa	MIA	Miokardioko infartu akutua
BHZ	Bata zuriko hipertentsioa edo hipertentsio kliniko isolatua	PA	Presio arteriala
DM	Diabetes Mellitus	PAD	Presio arterial diastolikoa
EBH	Ezkerreko bentrikularen hipertrofia	PAEN	Presio arterialaren etxeko norberaren neurketa
		PAMA	Presio arterialaren monitorizazio ambulatorioa
		PAS	Presión arterial sistolikoa
		TGZ	Trigliceridoak