

PREGUNTAS CLÍNICAS N°14

¿QUÉ DEBE INCLUIR EL ESTUDIO INICIAL DEL PACIENTE HIPERTENSO?

Fecha de edición: Mayo 2014

RESUMEN

1. Introducción.

En la GPC a actualizar el estudio inicial del paciente hipertenso incluía:

- Exploración física, cardiovascular, analítica (hemograma, glucemia, creatinina, sodio, potasio, perfil lipídico, sedimento urinario), fondo de ojo y ECG. Grado D.
- Determinar el cociente albumina-creatinina en las personas hipertensas. Grado D.
- No incluía la realización de ecocardiograma como estudio inicial en todo paciente hipertenso. Grado D.

2. Resumen respuesta en GPCs base.

Hay concordancia parcial en las guías base consultadas: ambas aconsejan exploración física, cálculo del RCV, analítica: glucemia, creatinina, iones, perfil lipídico, sedimento urinario y ECG.

Discrepan en la solicitud de microalbuminuria (la canadiense la aconseja sólo en el paciente hipertenso) y en el fondo de ojo (la canadiense no lo aconseja).

Ninguna de las dos guías base recomienda la determinación del ácido úrico ni la realización de un hemograma en el estudio inicial (GPC de Osakidetza 2007).

3. Resumen de la evidencia.

Se decide centrar y actualizar la búsqueda en nuevas evidencias en torno a los aspectos discordantes entre las guías.

No se han encontrado ensayos clínicos con asignación aleatoria que valoren el beneficio de la detección de microalbuminuria, ácido úrico y el fondo de ojo en resultados en morbimortalidad.

Respecto a la microalbuminuria nuevos estudios prospectivos (1, 2) corroboran lo que ya se recogía en la guía anterior de que la microalbuminuria se asocia con la morbimortalidad cardiovascular y la mortalidad total.

En relación a la retinopatía un estudio de cohortes de 15 años de seguimiento y realizado en población japonesa de 40-79 años de edad relaciona, tras un análisis multivariante, la presencia de retinopatía grado 1/2 con aumento de mortalidad total, mortalidad CV así como mortalidad por ACV, de forma consistente tanto en hombres como en mujeres, hipertensos y no hipertensos (3):

Pacientes hipertensos

HR Mortalidad total:

Grado 1: hombres: 1,10 (1,04-1,18) / mujeres:1,03 (0,96-1,10). Calidad baja.

Grado 2: hombres: 1,11(1,01-1,23) / mujeres:1,2 (1,08-1,34). Calidad baja.

Respecto al ácido úrico un metaanálisis reciente (4) con un total de 18 estudios de cohortes americanas, asiáticas y

europeas con un seguimiento > 1 año(promedio 8 años) muestra que la hiperuricemia se asocia a un riesgo incrementado de desarrollar HTA: RR ajustado: 1,41 (1,23-1,58) independiente de los tradicionales FR siendo mayor en mujeres y jóvenes. La heterogeneidad es alta. El análisis de metarregresión muestra un efecto menor en estudios recientes y en estudios con población americana. Evidencia de calidad baja.

Otra revisión narrativa de 53 estudios que incluye estudios prospectivos y de caso-control (5) evalúa los factores de riesgos para desarrollar gota entre otros, el consumo de alcohol, factores dietéticos, comorbilidad y tratamientos farmacológicos, fundamentalmente los diuréticos de asa y tiazidas . Concluye que en pacientes con o sin diagnóstico previo, tanto la hipertensión (rango de OR en pacientes sin diagnóstico previo: 1,3-3,78) como los diuréticos de asa y las tiazidas (rango de OR sin diagnóstico previo: 0,6-6,5; rango de OR con diagnóstico previo:3,2-3,6) se asocian consistentemente con un mayor riesgo de gota .Aunque la calidad global de los estudios incluidos es baja, la magnitud del aumento de riesgo es considerable y consistente.

4. De la evidencia a la recomendación.

Balance beneficios y riesgos, Opinión de los pacientes, Recursos, Balance de las consecuencias

La valoración de la afectación de órganos diana y/o la concurrencia de otros FR puede favorecer el manejo terapéutico de la HTA y condicionar un tratamiento más agresivo de la misma. Los riesgos son bajos.

El estudio inicial planteado es una práctica extendida y bien aceptada en nuestro medio tanto por profesionales de la salud como por parte de los propios pacientes.

Los costes de la intervención son bajos y están relacionados con el nº de visitas a profesionales y el uso de p. complementarias.

Razonamiento justificación de la recomendación:

- No existe evidencia derivada de ECAs de que la realización de diferentes estrategias diagnósticas iniciales influya en el grado de control de la HTA ni en la morbimortalidad del hipertenso y las recomendaciones en las diferentes guías base consultadas son de consenso.

- La batería planteada pretende valorar afectación de órganos diana y/o la concurrencia de otros FR y favorecer el manejo terapéutico de la HTA.

- La retinopatía moderada (grado I y II) se relaciona con aumento de ACVA y mortalidad CV tanto en pacientes hipertensos como normotensos.

- La hipertensión y el ácido úrico se comportan como factores de riesgo que se retroalimentan (la hiperuricemia se asocia con el riesgo de hipertensión y la hipertensión con el riesgo de gota). Por otra parte, los diuréticos uno de los pilares del tratamiento farmacológico de la hipertensión, aumentan el riesgo de desarrollar gota.

- De momento no hay datos sobre el beneficio en morbimortalidad derivado de un tratamiento de la microalbuminuria. Sin embargo su condición como FR independiente de los tradicionales y corroborado en nuevos estudios de cohortes puede condicionar un tratamiento más agresivo en el estadio 1 de la HTA.

Recomendación:

Se sugiere incluir en el estudio inicial del paciente hipertenso: exploración física cardiovascular, analítica (glucemia, creatinina, sodio, potasio, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, sedimento y cociente albúmina/creatinina), y ECG.

Fondo de ojo: Se sugiere la realización de fondo de ojo en las personas hipertensas estadio1.

Ácido úrico: Se sugiere la determinación de ácido úrico.

Consideraciones para la implementación:

El estudio inicial planteado es una práctica extendida y bien aceptada en nuestro medio tanto por profesionales de la salud como por parte de los propios pacientes.

Factibilidad:

Factible en nuestro medio.

Evaluación y prioridades para la investigación:

La realización de ECAs que evalúen específicamente y directamente si el tratamiento intensivo ante pacientes con HTA grado 1 o superior y presencia de microalbuminuria y/o retinopatía reduce el riesgo de morbimortalidad cardiovascular.

5. Bibliografía.

1. Farbom P, Wahlstrand B, Almgren P, Skrtic S, Lanke J, Weiss L, et al. Interaction between renal function and microalbuminuria for cardiovascular risk in hypertension: the nordic diltiazem study. *Hypertension*. 2008;52(1):115-22.
2. van der Velde M, Matsushita K, Coresh J, Astor BC, Woodward M, Levey A, et al. Lower estimated glomerular filtration rate and higher albuminuria are associated with all-cause and cardiovascular mortality. A collaborative meta-analysis of high-risk population cohorts. *Kidney Int*. 2011;79(12):1341-52.
3. Sairenchi T, Iso H, Yamagishi K, Irie F, Okubo Y, Gunji J, et al. Mild retinopathy is a risk factor for cardiovascular mortality in Japanese with and without hypertension: the Ibaraki Prefectural Health Study. *Circulation*. 2011;124(23):2502-11.
4. Grayson PC, Kim SY, LaValley M, Choi HK. Hyperuricemia and incident hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis care & research*. 2011;63(1):102-10.
5. Singh JA, Reddy SG, Kundukulam J. Risk factors for gout and prevention: a systematic review of the literature. *Current opinion in rheumatology*. 2011;23(2):192-202.