



SOHIB

Sociedad de Hipertensión
y Riesgo Vascular de Illes Balears

1ª Edición. 2008
DP - 000000

BIBLIOGRAFÍA:

- Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007. Ed. En español. Reimpreso de European Heart Journal. Volume 28 Issue 12, June 2007.
- Guidelines Committee 2003. European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003; 21:1011-1053.



Sociedad de Hipertensión
y Riesgo Vascular de Illes Balears

Hipertensión Arterial

- + Guía práctica
- + Diagnóstico
- + Manejo y tratamiento

Dra. María Fullana [H.C. Inca]
Dr. J. C. Montañés Rustullet. [C. S. Rafal Nou]

HIPERTENSIÓN. DEFINICIÓN

>> Es aquel nivel de presión cuyo estudio y tratamiento proporciona más beneficio que daño

- > Precisa evaluación global
- > FRCV/LOD/ECV/Calculo de riesgo cardiovascular

>> Elevación persistente de la presión en las arterias por encima de los límites considerados normales

- > Valores $\geq 140/90$ mmHg.
- > Precisa clasificación

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

CATEGORÍA	PAS	PAD
Óptima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensión de grado 1	140-159	90-99
Hipertensión de grado 2	160-179	100-109
Hipertensión de grado 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	> 140	< 90

PAD: presión arterial diastólica; **PAS:** presión arterial sistólica. El grado de la hipertensión sistólica aislada debe ser calificada (1, 2, 3) en función de los valores de presión arterial sistólica de los límites indicados, siempre que los valores diastólicos sean < 90 mmHg. Los grados 1, 2 y 3 corresponden a la clasificación de hipertensión leve, moderada y grave, respectivamente. Estos términos se han omitido ahora para evitar confusiones con la cuantificación del riesgo cardiovascular total.

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Presión arterial (mmHg)

Otros factores de riesgo, LO o enfermedad	Normal PAS 120-129 ó PAD 80-84	Normal alta PAS 130-139 ó PAD 85-89	HT grado 1 PAS 140-159 ó PAD 90-99	HT grado 2 PAS 160-179 ó PAD 100-109	HT grado 3 PAS ≥ 180 ó PAD ≥ 110
Sin otros factores de riesgo	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional alto
1-2 factores de riesgo	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional muy alto
3 ó más factores de riesgo SM, LO o diabetes	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional muy alto
Enfermedad CV o renal establecida	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto

El riesgo bajo, moderado, alto y muy alto hace referencia al riesgo a 10 años de un episodio cardiovascular mortal o no mortal. El término «adicional» indica que en todas las categorías el riesgo es superior al medio. La línea a trazos indica la manera en la que puede variar la definición de la hipertensión en función del grado de riesgo cardiovascular total.

CV: cardiovascular; **HT:** hipertensión; **LO:** lesión subclínica de órganos; **PAD:** presión arterial diastólica; **PAS:** presión arterial sistólica; **SM:** síndrome metabólico.

RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL

- > Los factores de riesgo dismetabólico y la lesión subclínica de órganos son frecuentes en los pacientes hipertensos
- > Clasificación del paciente hipertenso por grado de HTA y riesgo CV total
- > Estrategia terapéutica en función del riesgo inicial
- > Valoración del riesgo CV total considerando como “riesgo adicional” el añadido al riesgo medio
- > Riesgo CV total se expresa como el riesgo absoluto a presentar un episodio CV en un plazo de 10 años, excepto en sujetos de menor edad en los que se valorará el aumento del riesgo en relación con el riesgo medio de la población

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PRONÓSTICO

Factores de riesgo

- Valores de PAS y PAD
- Niveles de presión del pulso (en los ancianos)
- Edad (varones, > 55 años; mujeres, > 65 años)
- Tabaquismo
- Dislipidemia
 - - CT > 5,0 mmol/l (190 mg/dl) o:
 - - cLDL > 3,0 mmol/l (115 mg/dl) o:
 - - cHDL: varones < 1 mmol/l (40 mg/dl); mujeres < 1,2 mmol/l (46 mg/dl)
 - - TG > 1,7 mmol/l (150 mg/dl)
- Glucosa plasmática en ayunas 5,6-6,9 mmol/l (102-125 mg/dl)
- Prueba de tolerancia a la glucosa anormal
- Obesidad abdominal (perímetro de cintura > 102 cm [varones] o > 88 cm [mujeres])
- Antecedentes familiares de ECV prematura (varones a edad < 55 años; mujeres, < 65 años)

ECV: enfermedad cardiovascular; **CT:** colesterol total; **cLDL:** colesterol de las lipoproteínas de baja densidad; **cHDL:** colesterol de las lipoproteínas de alta densidad; **PA:** presión arterial; **PAD:** PA diastólica; **PAS:** PA sistólica; **TG:** triglicéridos.

Nota: La agrupación de 3 de los 5 factores de riesgo como obesidad abdominal, alteración de la glucosa plasmática en ayunas, PA > 130/85 mmHg, cHDL bajo y TG altos (según lo definido antes), indica síndrome metabólico.

Lesión subclínica de órganos

- HVI electrocardiográfica (Sokolow-Lyon > 38 mm; Cornell > 2.440 mm/ms) o:
- HVI ecocardiográfica^a (IMVI: varones, ≥ 125 g/m²; mujeres, ≥ 110 g/m²)
- Engrosamiento de pared carotídea (GIM > 0,9 mm) o placa
- Velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral > 12 m/s
- Índice de PA tobillo/brazo < 0,9
- Ligero aumento de creatinina plasmática:
 - Varones, 115-133 mmol/l (1,3-1,5 mg/dl)
 - Mujeres, 107-124 mmol/l (1,2-1,4 mg/dl)
- Filtración glomerular estimada baja^b (< 60 ml/min/1,73 m²) o aclaramiento de creatinina bajo^c (< 60 ml/min)
- Microalbuminuria 30-300 mg/24 h o cociente albúmina-creatinina: ≥ 22 (varones) o ≥ 31 (mujeres) mg/g de creatinina

HVI: hipertrofia ventricular izquierda; **PA:** presión arterial. ^a Riesgo máximo de (hipertrofia ventricular izquierda) concéntrica: aumento de IMVI (índice de masa ventricular izquierda) con un cociente grosor de pared/radio > 0,42. ^b Fórmula de MDRD. ^c Fórmula de Cockcroft-Gault.

Diabetes mellitus

- Glucosa plasmática en ayunas ≥ 7 mmol/l (126 mg/dl) en determinaciones repetidas
- Glucosa plasmática tras sobrecarga > 11 mmol/l (198 mg/dl)

ECV o renal establecida

- Enfermedad cerebrovascular: ictus isquémico; hemorragia cerebral, accidente isquémico transitorio
- Cardiopatía: infarto de miocardio; angina; revascularización coronaria, I.C.
- Enfermedad renal: nefropatía diabética, deterioro de la función renal (creatinina sérica: varones, > 133; mujeres, > 124 mmol/l); proteinuria (> 300 mg/24 h)
- Enfermedad arterial periférica
- Retinopatía avanzada: hemorragias o exudados, edema de papila

INDIVIDUOS DE RIESGO ALTO/MUY ALTO

- PAS > 180 mmHg y/o PAD > 110 mmHg
- PAS > 160 mmHg con PAD baja (< 70 mmHg)
- Diabetes mellitus
- Síndrome metabólico
- ≥ 3 factores de riesgo CV
- Una o varias lesiones subclínicas de órganos, como HVI por ECG o ECO, signos ecográficos de engrosamiento de la pared o presencia de placa en arteria carótida, rigidez arterial, moderado Cr, FG o aclaramiento de creatinina, microalbuminuria o proteinuria
- Enfermedad CV o renal establecida

LESIÓN DE ÓRGANO DIANA (puntuación de 0 a 4 cruces)

Marcadores	Valor predictivo CV	Disponibilidad	Coste
Electrocardiografía	++	++++	+
Ecocardiografía	+++	+++	++
Grosor de íntima-media carotídea	+++	+++	++
Rigidez arterial (velocidad de onda de pulso)	+++	+	++
Índice tobillo-brazo	++	++	+
Contenido de calcio coronario	+	+	++++
Composición de tejido cardíaco/vascular	?	+	++
Marcadores del colágeno circulatorio	?	+	++
Disfunción endotelial	++	+	+++
Lagunas cerebrales/lesiones de sustancia blanca	?	++	++++
F.G. o Aclaramiento de creatinina	+++	++++	+
Microalbuminuria	+++	++++	+

P.A. DETERMINACIÓN EN CLÍNICA

- Paciente tranquilo y sentado un rato antes
- 2 determinaciones separadas varios minutos
- Manguito estándar y otro adicional para obesos
- Manguito colocado a la altura del corazón
- Ruidos Korotkoff I y V para identificar PAS y PAD
- Determinaciones PA en ambos brazos
- Determinación PA en bipedestación en sujetos con posibilidad de hipotensión postural
- Determinación frecuencia cardíaca por palpación del pulso en sedestación

MAPA

PA ambulatoria

- Mejora la predicción del RCV. del paciente
- Medición PA ambulatoria de 24 horas cuando:
 - Variabilidad de PA entre consultas o en la misma visita
 - Elevada PA en sujetos con riesgo CV total bajo
 - Notable discrepancia entre valores PA ambulatoria y domiciliaria
 - Sospecha resistencia al tratamiento
 - Sospecha episodios hipotensión
 - Gestantes con PA elevada en consulta y sospecha de preeclampsia

AMPA

PA domiciliaria

- Tiene utilidad clínica y significación pronóstica demostrada,
 - Proporciona mayor información sobre la cobertura terapéutica, sobre todo en la reducción de la PA valle
 - Mejora la adherencia del paciente al tratamiento
 - Dudas de fiabilidad de los datos de la PA ambulatoria
- Desaconsejada si la medición produce ansiedad al paciente o puede inducir a cambio en el tratamiento por el mismo
- Diferencias en valores de PA en consulta y domiciliaria

DEFINICIÓN HTA. SEGÚN DETERMINACIÓN UMBRALES DE P.A. (MM.HG.)

MEDIDA	PAS	PAD
Consulta o clínica	140	90
24 horas	125-130	80
Diurna	130-135	85
Nocturna	120	70
Domiciliaria	130-135	85

EVALUACIÓN DEL PACIENTE HIPERTENSO

- Descartar siempre "HTA SECUNDARIA"
- Antecedentes familiares y personales
 - Síndrome de Cushing
 - Feocromocitoma, riñón poliúístico
 - HTA vasculorrenal
 - Enfermedad aórtica, coartación aórtica...
- Signos de daño orgánico (cerebro, retina, corazón, arterias periféricas, arterias carotíneas...)
- Signos de obesidad corporal
 - Peso corporal
 - Aumento del perímetro de cintura - (varones >102 cm; mujeres > 88 cm)
 - Aumento IMC (Sobrepeso, IMC > 25; IMC > 30)

IMC= peso corporal (en kg) / talla² (en m)

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Análisis y exploraciones de uso sistemático:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - Glucosa plasmática en ayunas | - cHDL en suero |
| - Colesterol total en suero | - Triglicéridos séricos en ayunas |
| - K+, ácido úrico, Cr en suero | - Hb, Hto. |
| - cLDL en suero | - ECG |
| - Aclaramiento Cr estimado o FG estimado | - Análisis de orina con MAU |

Exploraciones recomendadas

- | | |
|----------------------------------|---|
| - Ecocardiografía | - Fondo de ojo |
| - Ecocardiografía carotídea | - Prueba de tolerancia a la glucosa |
| - Proteinuria cuantitativa | - MAPA de PA 24 h y PA domiciliaria |
| - Índice de presión arterial T-B | - Determinación velocidad onda de pulso |

Evaluación ampliada del especialista

- Búsqueda de lesión órgano diana si HTA complicada
- Búsqueda de HTA secundaria cuando lo indique la anamnesis, exploración física o exploraciones de uso habitual

ESTUDIO DE LESIONES SUBCLÍNICAS DE ÓRGANOS

Vasos sanguíneos

- ECO arterias carótidas para detectar aterosclerosis asintomática ó hipertrofia vascular
- Velocidad de la onda de pulso para medir la rigidez grandes vasos
- Valor bajo índice T-B para enfermedad arterial periférica avanzada

Corazón

- ECG para detectar HVI, sobrecarga, isquemia y arritmias
- ECO detección sensible de HVI
- Doppler transmitral para evaluar función diastólica

Riñón

- Determinación FG o Aclaramiento Cr y MAU

Fondo de ojo - Sólo en pacientes con HTA grave

Cerebro

- RM / TAC
- Tests cognitivos en hipertensos ancianos

INICIO DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Otros factores de riesgo, DO o enfermedad	Normal PAS 120-129 ó PAD 80-84	Normal alta PAS 130-139 ó PAD 85-89
Sin otros factores de riesgo	Sin intervención PA	Sin intervención PA
1-2 factores de riesgo	Cambios en estilo de vida	Cambios en estilo de vida
3 o más factores de riesgo, SM, LO o diabetes	Cambios en estilo de vida	Cambios en estilo de vida y considerar tto. farmacológico
Diabetes	Cambios en estilo de vida	Cambios en estilo de vida + tto. farmacológico
Enfermedad CV o renal confirmada	Cambios en estilo de vida + tto. farmacológico inmediato	Cambios en estilo de vida + tto. farmacológico inmediato

CRITERIOS DE DERIVACION EN LA HIPERTENSIÓN

- TTO DE LAS EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS
- TTO DE ALGUNAS URGENCIAS HIPERTENSIVAS
- HTA ASOCIADA A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
- HTA REFRACTARIA O RESISTENTE (descartadas causas identificables en AP)
- HTA DURANTE EL EMBARAZO

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

- ENFERMEDAD RENAL PARENQUIMATOSA
- HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR
- FEOCROMOCITOMA
- ALDOSTERONISMO PRIMARIO
- SÍNDROME CUSHING
- APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO
- COARTACIÓN DE AORTA
- HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR FARMACOS

HT grado 1 PAS 140-159 ó PAD 90-99	HT grado 2 PAS 160-179 ó PAD 100-	HT grado 3 PAS \geq 180 ó PAD \geq 110
Cambios en estilo de vida durante varios meses, después tto. Farmacológico si PA sigue sin control	Cambios en estilo de vida durante varias semanas, después tto. Farmacológico si PA sigue sin control	Cambios en estilo de vida + tto. farmacológico inmediato
Cambios en estilo de vida durante varias semanas, después tto. farmacológico si PA sigue sin control	Cambios en estilo de vida durante varias semanas, después tto. farmacológico si PA sigue sin control	Cambios en estilo de vida + tto. farmacológico inmediato
Cambios en estilo de vida + tto. farmacológico	Cambios en estilo de vida + tto. farmacológico	Cambios en estilo de vida + tto. farmacológico inmediato
		Cambios en estilo de vida + tto. farmacológico inmediato
Cambios en estilo de vida + tto. farmacológico inmediato	Cambios en estilo de vida + tto. farmacológico inmediato	Cambios en estilo de vida + tto. farmacológico inmediato

CAUSAS DE HTA RESISTENTE

- Mal cumplimiento del plan terapéutico
- Falta de modificación del estilo de vida
- Consumo continuado de sustancias pro-HTA (regaliz, cocaína, corticoides, AINEs..)
- Apnea obstructiva del sueño
- Causa secundaria no sospechada
- Lesiones de órganos irreversibles
- Sobrecarga de volumen por:
 - Tratamiento diurético insuficiente
 - I. Renal progresiva
 - Aporte aumentado de sodio
 - Hiperaldosteronismo.

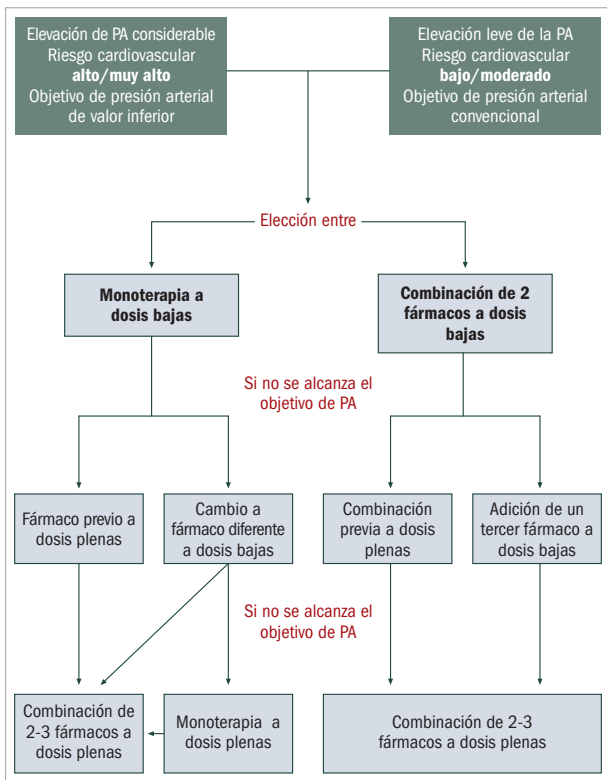
CAUSAS DE FALSA HTA RESISTENTE

- HTA de bata blanca
- Empleo de manguito no adecuado
- Seudo- HTA

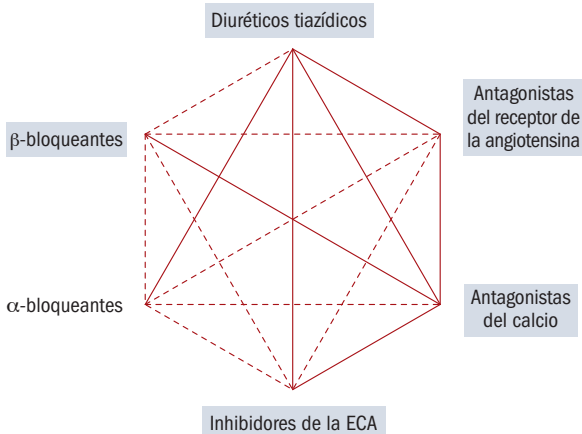
CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

MEDIDA	RECOMENDACIÓN	BENEFICIOS ESPERABLES
Reducción de peso	Mantener un IMC <25	5-20 mm.Hg. (-10Kg)
Reducción del consumo de sal	Ingesta < 6gr de ClNa	2-8 mm.Hg.
Actividad física	Ejercicio regular (ej: marcha rápida 30min x día, 6-7 días/sem, 30-45 min de carrera o natación, 3-5 veces x sem)	4-9 mm.Hg.
Consumo moderado de alcohol	No más de 2-3 bebidas/día en hombres, 1-2 en mujeres	2-4 mm.Hg.
Abandono del tabaco	La supresión total reduce el RCV (pero no deben esperarse efectos sobre PA)	-
Dieta saludable	Dieta mediterránea rica en fibra y pobre en grasas saturadas (abundante fruta, ensaladas, verduras, legumbres, pescado, carne blanca, aceite de oliva y frutos secos)	8-14 mm.Hg.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO: MONOTERAPIA FRENTE A TRATAMIENTO COMBINADO



COMBINACIONES POSIBLES DE DIVERSAS CLASES DE ANTIHIPERTENSIVOS



2008. NUEVA FAMILIA: INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA. INDICACIONES POR DEFINIR

Las combinaciones preferidas en la población hipertensa general se muestran unidas con trazos continuos. Los recuadros indican las clases de fármacos que han demostrado una acción beneficiosa en ensayos de intervención controlados.

ELECCIÓN DE FÁRMACO

- El efecto hipotensor debe durar 24 horas para cubrir primeras horas de la mañana por aumento del riesgo de eventos cardiovasculares. Esto puede verificarse con mediciones de la PA en la consulta o en el domicilio midiendo el valle, o bien con MAPA.
- Debe darse prioridad a los fármacos que ejercen una acción antihipertensiva durante 24 horas con una sola toma diaria, ya que una posología sencilla favorece el cumplimiento.

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

PROCESO

Hipertensión sistólica aislada (ancianos)	Diuréticos, antagonistas del calcio
Síndrome metabólico	IECA, ARA II, antagonistas del calcio
Diabetes mellitus	IECA, ARA II
Embarazo	Antagonistas del calcio, metildopa, -beta-bloqueantes
Raza negra	Diuréticos, antagonistas del calcio

LESIÓN ORGÁNICA SUBCLÍNICA

Hipertrofia ventricular izquierda	IECA, antagonistas del calcio, ARA II
Aterosclerosis asintomática	Antagonistas del calcio, IECA
Microalbuminuria	IECA, ARA II
Disfunción renal	IECA, ARA II

EPISODIO CLÍNICO

Ictus previo	Cualquier antihipertensivo que reduzca la PA.
IM previo	β-bloqueantes, IECA, ARA II
Angina de pecho	β-bloqueantes, antagonistas del calcio
Insuficiencia cardíaca	diuréticos, β-bloqueantes, IECA, ARA II, antialdosterónicos
Fibrilación auricular Recurrente	IECA, ARA II
Fibrilación auricular Continua	β-bloqueantes, antagonistas del calcio no dihidropiridínicos
Insuficiencia renal /proteinuria	IECA, ARA II, diuréticos del asa
Arteriopatía periférica	Antagonistas del calcio

FARMACOS	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
Bloqueadores beta	<ul style="list-style-type: none"> · Angina de pecho · Postinfarto de miocardio · I. cardíaca · Taquiarritmias · Glaucoma · Embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> · Asma · Bloqueo AV (grados 2-3) · Enfermedad arterial periférica · Síndrome metabólico · Intolerancia a la glucosa · Deportistas y pacientes activos · EPOC
Antagonistas del calcio dihidropiridínicos (de acción prolongada)	<ul style="list-style-type: none"> · HSA (ancianos) · Angina de pecho · Hipertrofia VI · Embarazo · Arteriopatía periférica · Aterosclerosis carotídea/coronaria · Hipertensión en raza negra 	<ul style="list-style-type: none"> · Taquiarritmias · I. cardíaca
Antagonistas del calcio (verapamilo/diltiazem)	<ul style="list-style-type: none"> · Aterosclerosis carotídea · Angina de pecho · Taquicardia supraventricular 	<ul style="list-style-type: none"> · Bloqueo AV (grados 2-3) · I. Cardíaca
IECA	<ul style="list-style-type: none"> · I. cardíaca · Disfunción VI · Post IAM · Nefropatía diabética · Nefropatía no diabética · Hipertrofia de VI · Aterosclerosis carotídea · Proteinuria/microalbuminuria · Fibrilación auricular · Síndrome metabólico 	<ul style="list-style-type: none"> · Embarazo · Edema angioneurótico · Hiperpotasemia · Estenosis A. renal bilateral
ARA II	<ul style="list-style-type: none"> · Insuficiencia cardíaca · Post IAM · Nefropatía diabética · Proteinuria/microalbumin · Hipertrofia de VI · Fibrilación auricular · Síndrome metabólico · Tos inducida por IECA 	<ul style="list-style-type: none"> · Embarazo · Hiperpotasemia · Estenosis a. renal bilateral
Diuréticos antialdosterónicos	<ul style="list-style-type: none"> · Insuficiencia cardíaca · Post IAM 	<ul style="list-style-type: none"> · Insuficiencia renal · Hiperpotasemia
Diuréticos de asa	<ul style="list-style-type: none"> · Enfermedad renal en fase terminal · Insuficiencia cardíaca 	-
Diuréticos tiazídicos	<ul style="list-style-type: none"> · Hipertensión sistólica aislada (ancianos) · Insuficiencia cardíaca · Hipertensión en raza negra 	<ul style="list-style-type: none"> · Gota · Síndrome metabólico · Intolerancia a la glucosa · Embarazo

VI: ventrículo izquierdo. HSA hipertensión sistólica aislada. AV: auriculoventricular.

EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

- Encefalopatía hipertensiva
- Insuficiencia ventricular izquierda hipertensiva
- HTA con Infarto de Miocardio
- HTA con angina inestable
- HTA con disección de aorta
- HTA grave relacionada con hemorragia subaracnoidea o AVC
- Crisis asociada a feocromocitoma
- Uso de drogas de abuso (cocaína, anfetaminas, LSD, éxtasis,...)
- HTA perioperatoria
- Preeclampsia o eclampsia grave

GRUPOS ESPECIALES

GRUPO	RECOMENDACIÓN DE TRATAMIENTO	OBJETIVO PA
ANCIANOS	<ul style="list-style-type: none"> Medición de PA en bipedestación dado el mayor riesgo de hipotensión postural. Ajuste más gradual de las dosis iniciales y las posteriores. Ajustar en función de las condiciones CV y patologías concomitantes. Necesidad de asociación de 2 o más fármacos. No hay razón para suspender tratamiento eficaz por alcanzar los 80 a. Ensayos clínicos evidencian la notable reducción de la morbimortalidad CV con tratamiento en pacientes > 60 a con HTA o HTA sistólica aislada. En los casos de HTA sistólica aislada han demostrado beneficio: Diuréticos tiazidas. Antagonistas del calcio y ARAII. 	< 140/90 mm. Hg.
DIABÉTICOS	<ul style="list-style-type: none"> Medición de PA en bipedestación dado el mayor riesgo de hipotensión postural. Fomentar medidas no farmacológicas intensas (peso y consumo sal). Necesidad habitual de asociación de 2 o más fármacos y dirigido a todos los factores de riesgo. La reducción de la PA previene la aparición y la progresión de una lesión renal. Un bloqueador del SRA es de elección (tanto en mono como terapia combinada) para la MAU incluso con valores de PA inicial normales-altos. 	< 130/80 mm. Hg.
MUJERES	<ul style="list-style-type: none"> Anticonceptivos orales incluso a dosis bajas de estrógenos, se asocian con aumento del riesgo de HTA, ictus e IM. Terapia hormonal sustitutiva, no se recomienda para la protección en las mujeres posmenopáusicas. Individualizar Tratamiento similar al de los hombres pero evitar IECAS o ARAII en pre-gestantes o embarazadas. HTA gravídica (con o sin proteinuria), indicado tto. farmacológico con PA > 140/90. En HTA no grave, son de elección la metildopa oral, labetalol, antagonistas del calcio y (menos frecuente) los beta bloqueantes. Valores PAS > 170/110 mmHg son urgencia médica. No se recomiendan los suplementos de calcio, aceite de pescado ni AAS a dosis bajas, excepto en preeclampsia precoz. En preeclampsia con edema pulmonar, nitroglicerina ev es de elección, el diurético no es apropiado ya que la volemia está reducida. Manejo en situaciones de urgencia con labetalol ev, el nitroprusiato es útil pero debe evitarse su administración prolongada. 	< 140/90 mm. Hg.
SÍNDROME METABÓLICO	<ul style="list-style-type: none"> Mayor prevalencia de MAU, HVI y rigidez arterial por lo que su riesgo CV es alto y la probabilidad de presentar diabetes es muy alta. Requieren técnicas diagnósticas para una valoración más detallada de las lesiones subclínicas. Están indicados como tratamiento. de la HTA los bloqueadores del SRA y si precisa, la adición de un antagonista del calcio o diurético tiazídico a dosis bajas. La falta de evidencias impide realizar recomendaciones sólidas respecto a antihipertensivos en pacientes con SM y PA normal-alta. Hay indicios que el bloqueo del SRA puede retrasar la aparición de la HTA. 	< 130/80 mm. Hg.
DISFUNCIÓN RENAL	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo muy alto de episodios CV , considerar una intervención terapéutica integral. La protección contra la progresión renal tiene dos exigencias básicas: <ul style="list-style-type: none"> Control estricto de la PA que requiere tratamiento combinado. Está fundamentada la inclusión de un ARAII o IECA en trato combinado. Reducción de la proteinuria a valores lo más normales posibles con ARA II, IECA o ambos. 	< 130/80 mm. Hg. o < 125/75 mm. Hg. si proteinuria >1g/día
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> Ensayos clínicos evidencian el efecto beneficioso de la reducción de la PA con todos los fármacos disponibles y sus razonables combinaciones. El tratamiento antihipertensivo reduce notablemente la incidencia de recurrencias de ictus y el alto riesgo asociado a episodios cardíacos, así como el deterioro cognitivo y la incidencia de demencia. 	< 130/80 mm. Hg.
ENFERMEDAD CORONARIA / IC	<ul style="list-style-type: none"> Administración temprana de beta-bloqueantes, IECA o ARA II reduce la incidencia de recurrencias del IM y mortalidad en post-infartados. La IC diastólica es frecuente en los pacientes con antecedentes de HTA y comporta un peor pronóstico. En pacientes con ICC son frecuentes los antecedentes de HTA aunque no es común una PA elevada, por lo que entre los antihipertensivos deben evitarse los antagonistas del calcio 	< 130/80 mm. Hg.
ACxFA	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento antihipertensivo intenso con control estricto de PA si están anticoagulados. Los beta-bloqueantes y los antagonistas del calcio no dihidropiridínicos (verapamilo y diltiazem) ayudan a controlar la FC. Menor incidencia de ACxFA de inicio o recurrencia con ARAII. 	< 140/90 mm. Hg. o 130/80 si hay L.O.D.