



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE  
División de Planificación Sanitaria, DIPLAS

## **RESUMEN EJECUTIVO**

# Guía de Práctica Clínica Hipertensión Arterial esencial en personas de 15 años y más 2018

Este documento contiene las recomendaciones y un resumen de la metodología utilizada en la Guía de Práctica Clínica “Hipertensión Arterial esencial en personas de 15 años y más” 2018, dirigido a los EQUIPOS DE SALUD.

**VERSIÓN WEB de la Guía de Práctica Clínica Hipertensión Arterial esencial en personas de 15 años y más 2018 en:**

<https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/hipertension-arterial-primaria-o-esencial-en-personas-de-15-anos-y-mas/resumen-ejecutivo/>

DICIEMBRE 2018



MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS. SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de  
diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
<p>1. El Ministerio de Salud SUGIERE realizar MAPA por sobre perfil de presión arterial en personas mayores de 15 años con sospecha de HTA.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>En caso de no disponer con MAPA, realizar el diagnóstico con perfil de presión arterial.</i></li> <li>- <i>Tanto el equipo del MAPA y el perfil de presión arterial deben ser calibrados y validados periódicamente según la indicación del fabricante. Además, los equipos deben ser de brazo para ambas estrategias.</i></li> <li>- <i>El personal de salud debe estar capacitado para realizarlos.</i></li> </ul>	<b>CONDICIONAL</b>	<b>MUY BAJA</b> ⊕ ○ ○ ○ ○
<p>2. El Ministerio de Salud SUGIERE realizar perfil de Presión Arterial por sobre automonitoreo de PA en personas mayores de 15 años con sospecha de HTA.</p>	<b>CONDICIONAL</b>	<b>MUY BAJA</b> ⊕ ○ ○ ○ ○
<p>3. El Ministerio de Salud SUGIERE realizar el perfil de presión arterial con 3 mediciones en 3 días diferentes por sobre en 2 días diferentes para personas mayores de 15 años con sospecha de hipertensión arterial.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La justificación de esta recomendación se basa en aumentar la exactitud del test.</i></li> <li>- <i>El personal de salud que realice el perfil debe estar capacitado para ello.</i></li> <li>- <i>Los equipos deben estar validados y calibrados periódicamente según la indicación del fabricante.</i></li> </ul>	<b>CONDICIONAL</b>	<b>MUY BAJA</b> ⊕ ○ ○ ○ ○
<b>METAS</b>		
<p>4. El Ministerio de Salud SUGIERE el uso de meta de compensación de la presión arterial sistólica menor de 140 mm de Hg por sobre menor de 150 mm de Hg en personas mayores de 70 años hipertensas.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Idealmente la menor presión arterial sistólica tolerada no debe ser menor de 120 mm de Hg</i></li> <li>- <i>El panel considera evaluar los efectos adversos y tolerancia a la terapia antihipertensiva frente al uso de meta de compensación de presión arterial sistólica menor de 140 mm de Hg en pacientes frágiles y mayores de 80 años.</i></li> <li>- <i>En pacientes de alto riesgo cardiovascular debe buscarse la menor meta posible tolerada de presión arterial sistólica, nunca menor a 120 mm de Hg.</i></li> </ul>	<b>CONDICIONAL</b>	<b>BAJA</b> ⊕ ⊕ ○ ○ ○

<p>5. En personas mayores de 70 años con hipertensión arterial, el Ministerio de Salud SUGIERE límite inferior de presión arterial diastólica en 70 mm de Hg por sobre límite inferior de presión arterial diastólica en 60 mm de Hg.</p>	CONDICIONAL	<b>MUY BAJA</b> 
<p>6. En personas mayores de 70 años con diagnóstico de hipertensión arterial, el Ministerio de Salud SUGIERE meta de compensación menor a 85 mm de Hg por sobre meta de compensación entre 85-89 mm de Hg.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La decisión debe ser individualizada en cada paciente de acuerdo a las condiciones clínicas y sus preferencias.</i></li> <li>- <i>En general, en pacientes con antecedentes de evento cardiovascular previo se favorecen de terapia intensiva. En cambio, pacientes de bajo riesgo y con baja tolerancia a los efectos adversos, podrían favorecerse de terapia menos intensiva.</i></li> </ul>	CONDICIONAL	<b>BAJA</b> 
<b>TRATAMIENTO</b>		
<p>7. El Ministerio de Salud SUGIERE iniciar tratamiento farmacológico desde el diagnóstico por sobre iniciar tratamiento con cambios de estilo de vida por tres meses y luego terapia farmacológica en personas hipertensas.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Esta recomendación se justifica por la mayor adherencia de fármacos desde el inicio de tratamiento.</i></li> <li>- <i>El panel considera importante iniciar tratamiento farmacológico en conjunto con cambios de estilo de vida.</i></li> <li>- <i>Además, es importante considerar los valores y preferencias de cada paciente.</i></li> </ul>	CONDICIONAL	<b>MUY BAJA</b> 
<p>8. El Ministerio de Salud SUGIERE el inicio de tratamiento farmacológico combinado por sobre inicio con monoterapia en personas hipertensas.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Para esta recomendación, se consideró los medicamentos combinados no necesariamente con dosis fija, ya que los costos de éstos son mayores y no cubiertos por GES. Por lo que la factibilidad e implementabilidad son menores.</i></li> </ul>	CONDICIONAL	<b>BAJA</b> 
<p>9. El Ministerio de Salud RECOMIENDA el inicio de tratamiento farmacológico con IECA/ARA II por sobre el inicio con beta bloqueadores para personas mayores de 15 años y menores de 55 años con diagnóstico de hipertensión.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>El panel considera que en esta recomendación se excluyen los pacientes con enfermedad coronaria.</i></li> <li>- <i>En embarazadas con IECA/ARAII tienen efectos teratogénicos.</i></li> </ul>	FUERTE	<b>MODERADA</b> 

<p>10. El Ministerio de Salud SUGIERE el inicio de tratamiento farmacológico con bloqueadores de canales de calcio o diuréticos tiazidas comparado con el inicio con IECA/ARA II en personas hipertensas mayores de 55 años.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>En el caso que exista mala adherencia o tolerancia a bloqueadores de canales de calcio o diuréticos tiazidas, considerar el uso de IECA/ARA II.</i></li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>BAJA</b></p> <p>⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>11. El Ministerio de Salud RECOMIENDA realizar el seguimiento con toma de presión arterial en domicilio por sobre seguimiento con toma de presión arterial en consulta.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Los pacientes y/o familiares deben ser capacitados para ello.</i></li> </ul>	<p><b>FUERTE</b></p>	<p><b>MODERADA</b></p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>
<p>12. El Ministerio de Salud SUGIERE el seguimiento de Presión arterial con MAPA por sobre el seguimiento con toma de presión arterial en consulta en persona mayores de 15 años hipertensas.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Si bien, la mayoría de los pacientes se benefician del automonitoreo de PA, existen tres subgrupos de pacientes que se benefician más con el uso de MAPA: HTA enmascarada, la de delantal blanco y paciente de alto riesgo cardiovascular.</i></li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>

IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina

ARA II: Antagonistas del receptor de angiotensina II

MAPA: monitoreo ambulatorio de la presión arterial

\*Las recomendaciones fueron formuladas utilizando el sistema GRADE.

## 1. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Objetivo General:** Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo de personas con Hipertensión Arterial esencial en personas de 15 años y más.

**Tipo de pacientes y escenario clínico:** Personas con Hipertensión Arterial esencial en personas de 15 años y más que reciben atención en el nivel primario, secundario y terciario de salud en el sector público y privado de salud. En esta guía se abordan el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con HTA primaria o esencial de 15 años y más. Constituye una referencia para la atención de estos pacientes, bajo el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). No incluye la prevención primaria, ni el manejo del paciente con hipertensión secundaria.

**Usuarios de la Guía:** Todos los profesionales de salud con responsabilidades en personas con Hipertensión Arterial esencial en personas de 15 años y más: médicos generales y de especialidades afines, profesionales de atención primaria, enfermeras, nutricionistas, kinesiólogos, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, entre otros.

## 2. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **Equipo Elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, pacientes.

- ▶ Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía 2018](#)

Inicialmente el Panel de Expertos realizó la **Evaluación de la Vigencia de las Recomendaciones de la Guía anterior**.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2010](#)

Posteriormente se realizó la **Definición y Priorización de las Preguntas para la Actualización**. El Panel de Expertos, junto con el Coordinador Temático y Asesores Metodológicos plantearon todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. A través de una encuesta enviada a cada integrante del Panel de Expertos se evaluaron las potenciales preguntas, priorizándose aquellas con mayor puntaje promedio.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía 2018](#)

### Elaboración de recomendaciones

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE)<sup>1</sup>. Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia, para finalmente generar las recomendaciones a través del juicio del Panel de Expertos:

Se utilizaron 3 estrategias de **Búsqueda y Síntesis de Evidencia** en función de los resultados u outcomes buscados, a saber:

---

<sup>1</sup> Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF).
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda Sistemática de Evidencia de los efectos deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2018](#)
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Síntesis de la Evidencia de los efectos deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2018](#)
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda y síntesis de evidencia de valores y preferencias de los pacientes - Guía 2018](#)
3. Costos y Evaluaciones de costo efectividad de la intervención versus comparación
  - ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda y síntesis de costo-efectividad de los pacientes - Guía 2018](#)

La **Formulación de las Recomendaciones** la realizó el Panel de Expertos, quienes consideraron su experiencia clínica o personal y la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos.

Para asegurar la **Vigencia de las Recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas. Así, cada vez que se publique nueva evidencia pertinente a las recomendaciones de esta Guía, se incorporará a la síntesis de evidencia, pudiendo o no modificar la recomendación.

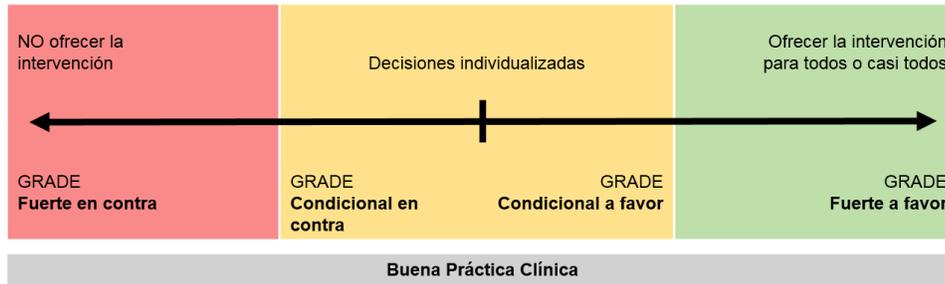
- ▶ Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica “Hipertensión Arterial esencial en personas de 15 años y más 2018”](#) completas.

### 3. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

#### Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera por los clínicos:

**FUERTE:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en TODOS o en casi todos los casos. No se requiere una evaluación detallada de la evidencia que la soporta. Tampoco es necesario discutir detenidamente con los pacientes este tipo de indicación. Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** de la intervención o **Fuerte en Contra**.

**CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA de los casos, pero se requiere considerar y entender la evidencia en que se sustenta la recomendación. Asimismo, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintos pacientes, por lo que el clínico debe hacer un esfuerzo para ayudar a los pacientes a escoger una opción que sea consistente con sus valores y preferencias. Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** de la intervención o **Condicional en Contra**.

**BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud. Cuando estas recomendaciones son útiles, no es necesario evaluar la calidad de la evidencia o calificar la fortaleza, y se basarán en la experiencia del panel de expertos. Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

### Calidad de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Calidad	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja ⊕⊕○○	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja ⊕○○○	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

El sistema GRADE considera de calidad alta los ensayos controlados aleatorizados y de baja calidad los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la calidad de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la calidad de la evidencia**, si existen: limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en calidad de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)