

**ACTUALIZACIONES**

**El Médico**

# **Las nuevas Guías Europeas sobre HTA frente a la inercia terapéutica**

**Mariano de la Figuera von Wichmann**

**EAP Sardenya. CatSalut. Barcelona.**



**3,8 CRÉDITOS**

Actividad acreditada por la Comisión Nacional de  
Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con  
**3,8 créditos**

Test de evaluación disponible en:  
[www.elmedicointeractivo.com/Documentos/Evaluacion](http://www.elmedicointeractivo.com/Documentos/Evaluacion)

*Grupo*  
**saned**

© SANED 2010

Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta  
publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en  
cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico,  
mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso  
de los editores.

Sanidad y Ediciones, S.L.  
Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel: 91 749 95 00  
Fax: 91 749 95 01. [saned@medynet.com](mailto:saned@medynet.com)  
Anton Fortuny, 14-16. Edificio B, 2º 2ª.  
08950 Esplugues de Llogregat (Barcelona). Tel: 93 320 93 30  
Fax: 93 473 75 41. [sanedb@medynet.com](mailto:sanedb@medynet.com)  
Composición y Fotomecánica: Artecomp  
SVR 37/09-L-CM

**Las nuevas Guías Europeas sobre HTA frente a la inercia terapéutica**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
• Inercia clínica y guías de práctica clínica.....	5
<b>CLASIFICACIÓN</b> .....	7
<b>MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL</b> .....	8
<b>EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL</b> .....	10
<b>LESIÓN ORGÁNICA SUBCLÍNICA EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CV GLOBAL. SELECCIÓN DE LOS PUNTOS MÁS IMPORTANTES O DIFERENCIALES DEL DOCUMENTO 2009</b> .....	12
<b>INICIO DEL TRATAMIENTO</b> .....	13
• Selección de los puntos más importantes o diferenciales del documento 2009 .....	13
<b>OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO</b> .....	14
• Selección de los puntos más importantes o diferenciales del documento 2009 .....	14
<b>ELECCIÓN DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS</b> .....	16
• Selección de los puntos más importantes o diferenciales del documento 2009 .....	16
<b>MONOTERAPIA Y TERAPIA COMBINADA</b> .....	17
• Selección de los puntos más importantes o diferenciales del documento 2009 .....	17
<b>TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL ANCIANO</b> .....	19
• Selección de los puntos más importantes o diferenciales del documento 2009 .....	19
<b>TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN DIABÉTICOS</b> .....	20
• Selección de los puntos más importantes o diferenciales del documento 2009 .....	20
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	21
<b>WEBS DE INTERÉS</b> .....	22

## Introducción

### INERCIA CLÍNICA Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Una de las características más significativas y diferenciadas de la Medicina actual, especialmente en los países desarrollados de nuestro entorno, es la prevención de las enfermedades con mayor impacto sobre la morbimortalidad, como son las enfermedades cardiovasculares (CV). Esta prevención CV se consigue a través del control de los principales factores de riesgo de estas enfermedades. Sin obviar el tabaquismo, nos referimos a la hipertensión arterial (HTA, la diabetes tipo 2 (DM2) y la dislipemia, por ser los factores de riesgo (FR) CV que disponen de mayores evidencias sobre los beneficios de su intervención. Sin embargo, estos FR son habitualmente asintomáticos lo que ha supuesto un cambio en algunos de los paradigmas de la práctica asistencial, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria. En la actualidad, el modelo tiende a desplazarse desde el alivio de los síntomas de los pacientes hacia el control óptimo y a largo plazo, de dichos FR. Un ejemplo claro es la DM2; dentro de los objetivos clínico-asistenciales apenas ocupa alguna línea el hecho de evitar los síntomas de hiperglicemia (e.g la poliuria y polidipsia), mientras que la reducción de la HbA1c tiene un papel estelar en cualquier programa de intervención sobre la DM2.

Los resultados de los estudios epidemiológicos y, sobre todo, los beneficios demostrados en los numerosos ensayos clínicos proporcionan las evidencias que influyen en los contenidos de uno de los instrumentos asistenciales más reconocidos en la actualidad: las Guías de Práctica Clínica (GPC). Sin embargo, desde hace más de 15 años también se reconoce que trasladar las evidencias a la práctica clínica requiere tiempo (1), entre otras razones por la inercia clínica del médico.

La inercia clínica (IC), tal como fue definida por Phillips LS en el 2001, es la falta de decisión médica en el inicio o modificación del tratamiento, cuando las evidencias y las GPC sugieren una actitud más proactiva (2). Sin duda, una de las principales causas del mal control de los factores de riesgo CV tradicionales, como la HTA y la DM2, es el incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes; pero el concepto de inercia, tan importante o incluso más, debe separarse del de cumplimiento (3). La IC es una situación multi-causal con importantes repercusiones clínicas. Como consecuencia de la IC, el médico puede retrasar el inicio del tratamiento, dosificar de forma incorrecta o insuficiente los fármacos, no establecer un plan de seguimiento adecuado, etc., lo cual, sin du-

da, tiene efectos inmediatos sobre el control de estas patologías. En la otra cara de la moneda, el seguimiento correcto de las GPC ha demostrado, en el caso de las Guías Europeas sobre Insuficiencia Cardíaca, su asociación con una menor tasa de hospitalizaciones (4).

En el momento actual el concepto de IC puede afectar, a su vez, aspectos del diagnóstico y evaluación del paciente como del tratamiento (inercia terapéutica) y seguimiento.

Las GPC sobre HTA constituyen una herramienta muy útil, no sólo de formación continuada sino también para la mejora de la calidad asistencial en Medicina CV. En efecto, como consecuencia de los continuos avances en el conocimiento de la epidemiología y de la terapéutica CV, los médicos debemos actualizar nuestros conocimientos y trasladarlos a la práctica clínica, con objeto de mejorar la asistencia de los pacientes hipertensos. Es curioso, sin embargo, la frecuente sobrestimación, por parte de los profesionales, de la adherencia y seguimiento de las recomendaciones de la GPC. Un estudio realizado en los EEUU demostró que los médicos opinaban que en el 75% de sus hipertensos se seguían las recomendaciones de las GPC, cuando la realidad era del 67% ( $p < 0,001$ ), y que el 68% de los pacientes tenían sus cifras de presión controladas, cuando, en realidad, el grado de control era del 43% ( $p < 0,001$ ) (5).

En el año 2003 las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología publicaron una GPC conjunta, resultado del consenso de una elegida representación de miembros de las mismas, que abarcaba los diferentes aspectos del diagnóstico y tratamiento de la HTA (6). Estas GPC Europeas establecían una serie de recomendaciones que no siempre coincidían con las GPC norteamericanas del mismo año que, a día de hoy, todavía no han sido actualizadas desde entonces (7).

En el año 2007 se publicó la segunda GPC de las mencionadas sociedades europeas (8) que ha estado vigente hasta el mes de noviembre del 2009, fecha en la que se publica una revisión de las recomendaciones basada, en parte, en el análisis crítico de las evidencias acumuladas en los últimos dos años (9).

En la presente publicación se describen los aspectos esenciales y diferenciales de este nuevo documento, resumidos de las tablas o boxes del documento original, con breves referencias a la GPC del año 2007 en aquellos aspectos que no han sufrido variación.

## Clasificación

La definición y clasificación de la Presión Arterial (PA) no ha sufrido modificaciones y sigue vigente la publicada en el año 2003 (**Tabla 1**). La hipertensión sistólica aislada ha de graduarse (1,2,3) con arreglo a los valores de PA Sistólica (PAS) en los intervalos indicados, siempre que los valores de PA Diastólica (PAD) sean inferiores a los 90 mmHg. Los grados 1, 2 y 3 corresponden a la clasificación en hipertensión arterial ligera, moderada y grave, respectivamente.

**Tabla 1**

### Definiciones y clasificación de las cifras de presión arterial (PA) (mmHg)

Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
En el límite alto de la normalidad	130-139	y/o	85-89
Hipertensión arterial de grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión arterial de grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión arterial de grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	<90

## Medida de la presión arterial

En el documento del año 2009 no se han introducido cambios sustanciales al respecto. Sin embargo, es importante recalcar que la correcta medida de la PA en la consulta es fundamental tanto en el diagnóstico como en la evaluación del grado de control del hipertenso. Un reciente estudio realizado en España demostró que el seguimiento estricto de las recomendaciones sobre la medida de la PA aumentaba el grado de control de la HTA (del 32 al 46%), sin necesidad de introducir cambios en el tratamiento (10).

Las indicaciones de la monitorización ambulatoria de la PA de 24 horas (MAPA), tampoco han sido modificadas (**Tabla 2**).

En relación con la automedida domiciliaria de la PA (AMPA) algunas de las indicaciones son coincidentes con la MAPA. Además, se ha observado que los pacientes que realizan AMPA mejoran el grado de cumplimiento terapéutico. Debe desaconsejarse la AMPA en paciente ansiosos y obsesivos o cuando se sospecha que el paciente toma decisiones terapéuticas por su cuenta.

También hay que recordar que los valores de PA normal son diferentes en la consulta y en domicilio (**Tabla 3**).

**Tabla 2**

### Indicaciones de la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA)

- Variabilidad considerable de la PA en la consulta, durante la misma o en diferentes visitas
- PA elevada en consulta en sujetos con un riesgo CV global bajo
- Discrepancias significativas entre la PA medida en consulta y en el domicilio
- Sospecha de resistencia al tratamiento farmacológico
- Sospecha de episodios de hipotensión, especialmente en ancianos y diabéticos
- Embarazadas con PA elevada en consulta

Tabla 3

### Umbral de presión arterial (mm Hg) para definir la hipertensión arterial con diferentes tipos de determinaciones

	<b>PAS</b>	<b>PAD</b>
En el consultorio	140	90
Durante 24 horas	125-130	80
Diurna	130-135	85
Nocturna	120	70
Domiciliaria	130-135	85

## Evaluación del riesgo cardiovascular total

La evaluación del riesgo CV total en el paciente hipertenso es importante para establecer las indicaciones del tratamiento farmacológico inicial y la intensidad de los objetivos de control de las cifras tensionales. Además, la consideración del riesgo global puede ser de ayuda en la toma de decisiones sobre el uso de antiagregantes y de estatinas en pacientes de alto riesgo. La GPC del año 2007 propuso una tabla que consideraba los niveles de PA, la presencia de otros factores de riesgo CV, daño subclínico de órganos diana y enfermedades CV o renales asociadas a la HTA (**Tablas 4 y 5**).

La infraestimación del riesgo CV es una de las posibles causas de inercia clínica (11). En España, el estudio Control-Project (12), que incluyó 1.413 pacientes con HTA no controlada, comparó la valoración del riesgo vascular realizada por los médicos participantes con el riesgo estimado de acuerdo con la propuesta de las GPC Europeas del año 2003. Así, según la opinión de los médicos, el 45,2% de los pacientes eran de alto o muy alto riesgo vascular (frente al 64% de la clasificación de esta guía. La introducción de calculadoras de riesgo en los sistemas informáticos de las consultas puede ser de utilidad para paliar este tema.

Tabla 4

### Factores de riesgo cardiovascular

- Cifras de PA sistólica y diastólica
- Cifras presión diferencial (en los ancianos)
- Edad (V > 55 años; M > 65 años)
- Tabaquismo
- Dislipemia
  - CT > 5,0 mmol/l (190 mg/dl) o:
  - C-LDL > 3,0 mmol/l (115 mg/dl) o:
  - C-HDL: V < 1,0 mmol (40 mg/dl), M < 1,2 mmol/l (46 mg/dl) o:
  - TG > 1,7 mmol/l (150 mg/dl)
- Glucemia en ayunas 5,6-6,9 mmol/l (102-105 mg/dl)
- Prueba de sobrecarga de glucosa anormal
- Obesidad abdominal (perímetro de la cintura > 102 cm (V), > 88 cm (M))
- Antecedentes familiares de enfermedad CV prematura (V a una edad < 55 años; M a una edad < 65 años)

V: varones. M: mujeres. CT: colesterol total. C: colesterol. TG: triglicéridos.

**Tabla 5**

### Clasificación del riesgo cardiovascular

Otros factores de riesgo, lesión orgánica o enfermedad	Presión arterial (mmHg)				
	Normal PAS 120-129 o PAD 80-84	Normal Alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA Grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA Grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA Grado 3 PAS $\geq$ 180 o PAD $\geq$ 110
Sin FRCV adicionales	Riesgo de referencia	Riesgo de referencia	Riesgo bajo añadido	Riesgo moderado añadido	Riesgo alto añadido
1-2 FRCV adicionales	Riesgo bajo añadido	Riesgo bajo añadido	Riesgo moderado añadido	Riesgo moderado añadido	Riesgo muy alto añadido
3 o más FRCV, SM, DOS o diabetes	Riesgo moderado añadido	Riesgo alto añadido	Riesgo alto añadido	Riesgo alto añadido	Riesgo muy alto añadido
Enfermedad CV o renal establecida	Riesgo muy alto añadido	Riesgo muy alto añadido	Riesgo muy alto añadido	Riesgo muy alto añadido	Riesgo muy alto añadido

PAS: Presión arterial sistólica. PAD: Presión arterial diastólica. FRCV: Factores de riesgo CV. SM: Síndrome metabólico. DOS: Daño de órgano subclínico.

## Lesión orgánica subclínica en la estratificación del riesgo CV global. Selección de los puntos más importantes o diferenciales del documento 2009

**E**n los pacientes con HTA, la presencia de daño orgánico subclínico (DOS) habitualmente sitúa el riesgo CV en la categoría de alto. Sin embargo, la presencia de DOS, por sí solo, puede no ser suficiente para situar el riesgo CV de los pacientes normotensos en dicha categoría, aunque éste sí podría ocurrir en aquellos sujetos con afectación orgánica múltiple o síndrome metabólico.

- Como se detalló en las GPC del 2007, hay que considerar la realización de métodos de identificación del DOS a nivel renal, cardíaco y vascular. La medición de la excreción urinaria de proteínas (incluyendo la microalbuminuria), el filtrado glomerular estimado (mediante la fórmula MDRD) y el electrocardiograma son útiles en la práctica clínica diaria debido a su simplicidad, disponibilidad y bajo coste. Asimismo, el ecocardiograma y la ecografía vascular son técnicas cada vez más accesibles, y sería recomendable potenciar su empleo para la evaluación del paciente hipertenso.

- La presencia de DOS debe evaluarse tanto en el momento de la detección como durante el tratamiento del hipertenso, ya que los cambios inducidos por el tratamiento se correlacionan con eventos CV y renales, ofreciendo, por tanto, información relevante sobre si el tratamiento está protegiendo a los pacientes frente a la progresión de dicho daño.

- Otras medidas de DOS han demostrado tener un significado pronóstico, pero su complejidad, baja disponibilidad y elevado coste no permiten su uso clínico rutinario. Es probable que, en un futuro próximo, el progreso tecnológico permita que algunas de estas medidas puedan utilizarse de forma rutinaria en la consulta. Sin embargo, todas ellas deberían ser consideradas sólo si mejora la precisión en la cuantificación del riesgo CV.

## Inicio del tratamiento

### SELECCIÓN DE LOS PUNTOS MÁS IMPORTANTES O DIFERENCIALES DEL DOCUMENTO 2009

- En pacientes con HTA grado 1 (PAS  $\geq$ 140 mmHg o PAD  $\geq$ 90 mmHg) y riesgo bajo-moderado, parece razonable recomendar el inicio del tratamiento farmacológico tras un periodo de tiempo apropiado con cambios en el estilo de vida, si bien las evidencias procedentes de ensayos clínicos son escasas. En pacientes con HTA grado 1 asociada a un riesgo elevado, o si las cifras de PA son grado 2 ó 3, es recomendable iniciar el tratamiento de manera precoz.

- En sujetos con PA normal-alta (PAS 130-139 mmHg o PAS 85-89 mmHg), sin diabetes ni complicaciones cardiovasculares previas, no hay evidencias procedentes de ensayos clínicos sobre el beneficio del tratamiento, excepto en el retraso del desarrollo de HTA (sobrepasar el punto de corte de 140/90 mmHg).

- El inicio del tratamiento antihipertensivo en pacientes diabéticos con PA normal-alta no está sustentado, hasta el presente, por ensayos clínicos prospectivos. De momento, parece prudente recomendar el inicio del tratamiento en diabéticos con PA normal-alta si presentan lesión orgánica subclínica (en particular microalbuminuria o proteinuria).

- En pacientes no hipertensos con eventos CV previos, la evidencia procedente de ensayos clínicos, en relación con el tratamiento antihipertensivo, es controvertida y deben completarse más estudios antes de establecer recomendaciones definitivas.

- En general, parece prudente recomendar un tratamiento antihipertensivo precoz antes de que se desarrollen lesiones sobre órganos diana, éstas sean irreversibles o se produzcan eventos CV, ya que, en hipertensos de alto riesgo, incluso un tratamiento farmacológico intenso, aunque resulta beneficioso, sin embargo es incapaz de reducir el riesgo CV total por debajo del umbral de alto riesgo.

En definitiva, y en relación con las directrices de 2007 y otras GPC, el inicio del tratamiento farmacológico está mejor perfilado, si bien todavía quedan varios interrogantes por resolver. Como filosofía general de esta parte del documento, es razonable iniciar el tratamiento antes de la aparición de complicaciones, ya que, a pesar de sus beneficios, existe un riesgo residual difícil de revertir. Esta actitud proactiva es un buen elemento para luchar contra la inercia clínica.

## Objetivos del tratamiento

### SELECCIÓN DE LOS PUNTOS MÁS IMPORTANTES O DIFERENCIALES DEL DOCUMENTO 2009

- En general, hay evidencia suficiente para recomendar, en todos los pacientes hipertensos, tanto sujetos de riesgo bajo y moderado como de riesgo alto, que la PAS se reduzca por debajo de 140 mmHg (y la PAD por debajo de 90 mmHg). Sólo faltan evidencias en pacientes ancianos, en los que el beneficio de reducir las cifras de PAS por debajo de 140 mmHg nunca ha sido evaluado en ensayos clínicos aleatorizados. Por lo tanto, se recomienda prudencia en estos casos.

- La recomendación de las GPC previas de reducir las cifras de PAS por debajo de 130 mmHg en diabéticos y en pacientes de muy alto riesgo (con eventos CV previos) puede ser acertada, pero no está sustentada, de manera consistente, por ensayos clínicos. En ningún ensayo clínico aleatorizado realizado en pacientes diabéticos la PAS se ha reducido por debajo de 130 mmHg con beneficios demostrados, y en los ensayos realizados en pacientes con eventos CV previos en los que la PAS fue inferior a 130 mmHg los resultados han sido controvertidos.

- A pesar de las limitaciones obvias y la menor fuerza de la evidencia, los análisis *post hoc* de los ensayos clínicos indican una reducción progresiva de la incidencia de eventos CV, con una disminución progresiva de la PAS por debajo de 120 mmHg, y de la PAD por debajo de 75 mmHg, aunque los beneficios adicionales en niveles más bajos parecen bastante escasos. La existencia de un fenómeno de curva en J por debajo de estos niveles es poco probable, con la excepción, quizá, de los pacientes con enfermedad arterial aterosclerótica avanzada.

- Sobre la base de la información actual parece prudente recomendar, en todos los hipertensos, una reducción de la PAS/PAD entre 130-139/80-85 mmHg y, posiblemente, cerca de los niveles más bajos de este rango. Sin embargo, es deseable disponer de más evidencias críticas procedentes de ensayos clínicos aleatorizados.

Por lo tanto, como en el apartado anterior, los autores-revisores de la GPC del 2009 reconocen la relativa consistencia (en ocasiones débil o inexistente) de algunas de las recomendaciones previas. El cumplimiento de los objetivos de control de HTA no es una tarea fácil, ya que hay muchos factores implicados, tanto por parte del paciente como del profesional, entre ellos la inercia terapéutica, que puede estar provocada por unos objetivos demasiado maximalistas.

Como ejemplo, en el estudio REACT (*Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment*), 754 médicos de Atención Primaria de diferentes países de Europa participaron en una encuesta sobre la aceptación y grado de implementación percibida de las GC europeas de prevención de la cardiopatía isquémica (13). La mayoría de los médicos (89%) coincidían con el contenido de la GC, y el 81% afirmaban que la utilizaban. Sin embargo, solo el 18% pensaban que podían implementarse en mayor grado. Las principales barreras para la misma eran la falta de tiempo (38%), los costes de prescripción (30%) y el cumplimiento del paciente (17%).

## Elección de fármacos antihipertensivos

### SELECCIÓN DE LOS PUNTOS MÁS IMPORTANTES O DIFERENCIALES DEL DOCUMENTO 2009

- Los grandes metaanálisis no confirman que las principales clases de fármacos antihipertensivos (diuréticos [DIU], inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina [IECA], calcioantagonistas [CA], antagonistas de los receptores de la angiotensina II [ARA II] y betabloqueadores [BB]) difieran en su capacidad para reducir la PA.

- Tampoco hay evidencia de que las principales clases de fármacos antihipertensivos difieran en su capacidad protectora del riesgo CV o de eventos vasculares específicos (por ejemplo, el ictus o el infarto de miocardio). Se confirma así la conclusión de las guías de 2007, que afirma que tanto los DIU como los IECA, los CA, los ARA II y los BB pueden considerarse adecuados para el inicio y mantenimiento de la terapia antihipertensiva.

- Dado que el porcentaje de pacientes que responden a una clase de fármacos es limitado, y que los que responden a una clase, con frecuencia no lo hacen a otra, mantener una opción amplia de fármacos aumenta las posibilidades de control en un gran número de hipertensos. Esto resulta de crucial importancia, ya que la protección CV del tratamiento antihipertensivo depende, fundamentalmente, del descenso *per se* de la PA, al margen del mecanismo por el que ello se consiga.

- Cada clase de fármacos posee contraindicaciones y también efectos favorables en situaciones clínicas específicas. Su elección debe hacerse según esta evidencia. La tradicional jerarquización de fármacos en primero, segundo y tercer escalón, así como la posterior elección en un paciente tipo como referencia, tiene poca justificación científica y práctica, y debería evitarse.

- Los fármacos que inhiben directamente la renina constituyen la única clase nueva de agentes antihipertensivos recientemente disponibles para uso clínico. Otras nuevas clases están actualmente en investigación. Los antagonistas selectivos de los receptores de endotelina se muestran prometedores para mejorar el control de la PA en la hipertensión resistente a múltiples fármacos antihipertensivos.

Por lo tanto, en líneas generales, se mantienen los mismos principios que figuran en el apartado equivalente al de la versión del año 2007. Sin embargo, en esta nueva versión, se dedica a los BB un espacio más amplio, lo que sugiere una cierta intención de rehabilitar a los BB, especialmente los que tienen un perfil metabólico más favorable, en el tratamiento de la HTA.

## Monoterapia y terapia combinada

### SELECCIÓN DE LOS PUNTOS MÁS IMPORTANTES O DIFERENCIALES DEL DOCUMENTO 2009

- Continúa la evidencia creciente de que, en la gran mayoría de los pacientes hipertensos, sólo se consigue un control adecuado de la PA con una combinación de al menos dos fármacos antihipertensivos.

- La adición de un fármaco de otra clase al inicialmente prescrito debe considerarse como una estrategia recomendable, salvo que el fármaco inicial deba ser retirado por sus efectos adversos o por su ineficacia antihipertensiva.

- La combinación de dos fármacos como terapia inicial puede tener ventajas, sobre todo en pacientes con un alto riesgo CV, en los que es deseable un control precoz de la presión arterial.

- Siempre que sea posible se usarán combinaciones en dosis fijas en un único comprimido, puesto que la simplificación del tratamiento implica ventajas en relación con la adherencia a éste.

- Como ya establecían las guías en 2007, existen varias combinaciones de dos fármacos adecuadas para uso clínico. Sin embargo, las evidencias de reducción de eventos CV en ensayos clínicos se han obtenido especialmente con el empleo de combinaciones de DIU con IECA, ARAII o CA. En el ensayo ACCOMPLISH la combinación IECA+CA ha demostrado ser más eficaz que la combinación IECA+DIU en la reducción de las complicaciones CV y renales (14,15). La combinación ARA II + CA también aparece como racional y efectiva. Estas son, por lo tanto, las asociaciones recomendadas como prioritarias. La **Figura 1** muestra, de forma simplificada, las combinaciones más eficaces tanto en la reducción de las cifras tensionales como en la prevención de las complicaciones CV de la HTA.

- Pese a la evidencia de que la combinación BB + DIU reduce los eventos vasculares, esta asociación también favorece el desarrollo de diabetes, por lo que debe ser evitada en pacientes con factores de riesgo para dicha entidad, a menos que se requiera por otras razones. El uso de la combinación IECA + ARA II ofrece una dudosa potenciación de los beneficios, con un aumento consistente de los efectos secundarios. Las ventajas específicas en pacientes con nefropatías proteinúricas (por el mayor beneficio antiproteinúrico) deben ser confirmadas por ensayos en los que se analicen eventos.

- En alrededor de un 15-20% de los pacientes hipertensos no es posible alcanzar el control de la PA incluso con la combinación de dos fármacos. Cuando se requieran tres fármacos, la combinación más racional será la de un blo-

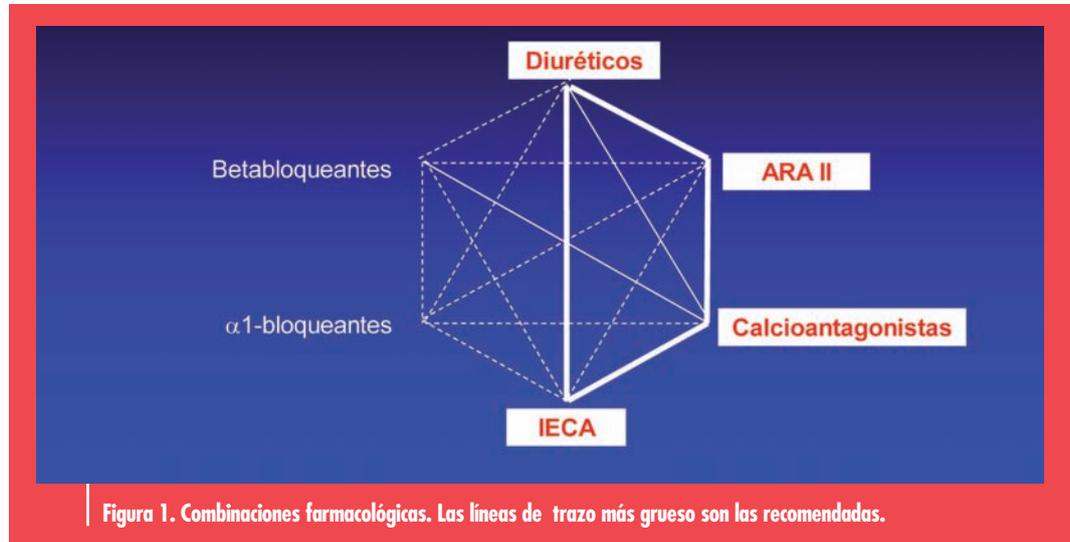


Figura 1. Combinaciones farmacológicas. Las líneas de trazo más grueso son las recomendadas.

queador del sistema renina-angiotensina (SRA), un CA y un DIU en una dosis efectiva.

La asociación de 2 o más fármacos antihipertensivos, especialmente en combinación fija, aumenta el grado de cumplimiento terapéutico (16) y es una de las estrategias clave para aumentar el grado de control de la HTA (17). Estas evidencias deberían estar muy presentes cuando se trata de vencer la inercia terapéutica, todavía muy presente entre los médicos que atienden a pacientes hipertensos en nuestro país, tal como ha demostrado el estudio PRESCAP (18).

# Tratamiento antihipertensivo en el anciano

## SELECCIÓN DE LOS PUNTOS MÁS IMPORTANTES O DIFERENCIALES DEL DOCUMENTO 2009

- Un extenso metaanálisis posterior a la guía 2007 ha confirmado la utilidad del tratamiento antihipertensivo en el anciano. Comparado con los más jóvenes, el beneficio alcanzado en los pacientes mayores de 65 años es similar (19).

- Por otra parte, no se han encontrado diferencias sustanciales entre los diferentes fármacos antihipertensivos, en relación con su potencia antihipertensiva o su eficacia cardioprotectora. Este hecho es tan válido para los ancianos como para los pacientes jóvenes. La elección de un agente determinado no debe estar guiada por criterios relacionados con la edad. Para iniciar el tratamiento, o para su mantenimiento, pueden ser igualmente útiles las tiacidas (DIU), los IECA, los CA, los ARAll y los BB

- Los ensayos clínicos en ancianos se han diseñado con la inclusión de pacientes con cifras basales de PAS  $\geq 160$  mmHg. Ningún ensayo ha demostrado un beneficio real cuando la PAS se ha reducido por debajo de los 140 mmHg. Por lo tanto, es necesario diseñar nuevos estudios que partan de cifras de PAS inferiores y que tengan objetivos de control también más bajos. Mientras tanto, parece razonable comenzar el tratamiento con cifras de PAS  $>140$  mmHg; y, también, que el objetivo de control sea una PAS  $<140$  mmHg. Sin embargo, es importante prestar una mayor atención a la aparición de efectos adversos, por ser más frecuentes en el anciano.

- La reciente publicación del estudio HYVET (20) ha demostrado –por primera vez– que el tratamiento antihipertensivo en los pacientes con una edad  $\geq 80$  años también puede resultar beneficioso. La terapéutica farmacológica puede ser mantenida o iniciada al llegar a esta edad. Se iniciará con monoterapia, y después se añadirá un segundo agente, si fuese necesario. El estudio HYVET se llevó a cabo en ancianos con una buena situación general, por lo que estos resultados favorables no pueden ser extrapolados a octogenarios con mayor fragilidad. En estos casos, la decisión debe ser siempre individualizada y debe monitorizarse estrechamente la fase de titulación del tratamiento.

Por lo tanto, no debe descuidarse el papel que el tratamiento antihipertensivo tiene en los pacientes ancianos, cuyas expectativas de vida son cada vez más largas y, en muchos casos, con una buena calidad de vida.

## Tratamiento antihipertensivo en diabéticos

### SELECCIÓN DE LOS PUNTOS MÁS IMPORTANTES O DIFERENCIALES DEL DOCUMENTO 2009

- En pacientes diabéticos, el tratamiento antihipertensivo se iniciará siempre que la PA sea  $\geq 140/90$  mmHg. No existen evidencias basadas en ensayos clínicos para proponer el comienzo del tratamiento con cifras de PA normal-alta (PA  $\geq 130/85$  mmHg). No obstante, éste podría aceptarse teniendo en cuenta su efecto favorable sobre la regresión y progresión del daño orgánico.

- El objetivo tradicional de recomendar una reducción hasta cifras  $< 130/80$  mmHg tampoco está sustentado por las evidencias de ensayos clínicos específicos. Además, dicho grado de reducción es muy difícil de alcanzar en la mayoría de los pacientes. Aunque es muy importante conseguir un control adecuado de la PA, no parece realista mantener vigente un objetivo no bien demostrado. En este sentido, los resultados del reciente ensayo ACCORD no soportan la hipótesis que un control muy estricto de la PA (PAS  $< 120$  mmHg) sea más beneficioso que un control menos intenso (PAS  $< 140$  mmHg) en pacientes con diabetes (21).

- Diversos metaanálisis han mostrado que todos los grupos mayores de fármacos antihipertensivos son útiles para prevenir las complicaciones cardiovasculares (CV). Esta consideración se fundamenta en el hecho de que el efecto protector se relaciona, sobre todo, con la reducción *per se* de la PA.

- Para controlar debidamente la PA, frecuentemente será necesario utilizar combinaciones terapéuticas. Los fármacos bloqueadores del sistema renina-angiotensina deberían formar parte de dichas combinaciones, pues han demostrado un mayor efecto renoprotector, tanto en la prevención como en la progresión de la nefropatía diabética.

- El control estricto de la glucemia (HbA<sub>1c</sub>  $\leq 6,5\%$ ) resulta beneficioso para prevenir, sobre todo, las complicaciones microvasculares. Recientes evidencias sugieren que un efectivo control conjunto de la glucemia y la PA incrementa la protección, especialmente la renal.

- Este control estricto de la glucemia debe ser alcanzado de forma paulatina y con una estrecha monitorización, a fin de impedir el riesgo –no pequeño– de hipoglucemias graves.

- El tratamiento antihipertensivo influye de forma distinta sobre el daño microvascular orgánico. Es muy efectivo para prevenir las complicaciones renales. Sin embargo, no está bien demostrada su capacidad para ejercer un efecto similar en las complicaciones oculares o del sistema nervioso periférico.

## Bibliografía

- (1) Banta HD. Minimally invasive surgery. Implications for hospitals, health workers, and patients. *BMJ* 1993;307:1546-9.
- (2) Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, Elkhebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825-34.
- (3) Rose AJ, Berlowitz DR, Orner MB, Kressin NR. Understanding uncontrolled hypertension: is it the patient or the provider?. *J Clin Hypertens* 2007;9:937-43.
- (4) Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, Gonzalez-Juanatey JR, van Veldhuisen DJ, Erdmann E, et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *Eur Heart J* 2005;26:1653-9.
- (5) Steinman MA, Fischer MA, Shlipak MG, Bosworth HB, Oddone EZ, Hoffman BB, et al. Clinician awareness of adherence to hypertension guidelines. *Am J Med* 2004;117:747-54.
- (6) Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1011-1053.
- (7) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC VII Report. *JAMA* 2003;289:2560-2572.
- (8) Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007;25:1105-87.
- (9) Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009;27:2121-58.
- (10) Márquez Contreras E, De la Figuera Von Wichmann M, Aguilera de la Fuente MT, Garrido García J. Influencia de la medida correcta de la presión arterial en la toma de decisiones diagnósticas en la hipertensión arterial. Estudio MEDIDA. *Med Clin (Barc)* 2008;131:321-5.
- (11) Persson M, Carlberg B, Tavelin B, Lindholm LH. Doctors' estimation of cardiovascular risk and willingness to give drug treatment in hypertension: fair risk assessment but defensive treatment policy. *J Hypertens* 2004;22:65-71.
- (12) Márquez-Contreras E, Coca A, De la Figuera M, Divisón JA, Llisterri JL, Sobrino J, et al. Perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos no controlados en Atención Primaria. Estudio Control-Project. *Med Clin (Barc)* 2007;128:86-91.
- (13) Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. *Fam Pract* 2002;19:596-604.
- (14) Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, Dahlöf B, Pitt B, Shi V, et al. ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med* 2008;359:2417-28.
- (15) Bakris GL, Sarafidis PA, Weir MR, Dahlöf B, Pitt B, Jamerson K, et al. ACCOMPLISH Trial investigators. Renal outcomes with different fixed-dose combination therapies in patients with hypertension at high risk for cardiovascular events (ACCOMPLISH): a prespecified secondary analysis of a randomised controlled trial. *Lancet* 2010;375:1173-81.
- (16) Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, Messerli FH. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. *Am J Med* 2007;120:713-9.
- (17) Feldman RD, Zou GY, Vandervoort MK, Wong CJ, Nelson SA, Feagan BG. A Simplified Approach to the Treatment of Uncomplicated Hypertension. A Cluster Randomized, Controlled Trial. *Hypertension* 2009;53:646-653.

(18) Rodríguez-Roca GC, Pallarés-Carratalá V, Alonso-Moreno FJ, Escobar-Cervantes C, Barrios V, Listerri JL, et al. Working group of arterial hypertension of the Spanish Society of Primary Care physicians (Group HTA/SEMERGEN); PRESCAP 2006 investigators. Blood pressure control and physicians' therapeutic behavior in a very elderly Spanish hypertensive population. *Hypertens Res* 2009;32:753-8.

(19) Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular

events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2008;336:1121-23.

(20) Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008;358:1887-98.

(21) The ACCORD Study Group. Effects of Intensive Blood-Pressure Control in Type 2 Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 2010 Mar 14. [Epub ahead of print].

### Webs de interés

---

[www.seh-lelha.org](http://www.seh-lelha.org)

[www.eshonline.org](http://www.eshonline.org)

[www.americanheart.org](http://www.americanheart.org)

[www.ash-us.org](http://www.ash-us.org)

[www.bhsoc.org](http://www.bhsoc.org)

[www.hypertension.ca](http://www.hypertension.ca)

[www.worldheart.org](http://www.worldheart.org)

[www.ish-world.com](http://www.ish-world.com)