

Actualización de las guías europeas SEH/SEC para el tratamiento de la hipertensión arterial

Se han publicado en la Revista Española de Cardiología las guías europeas de hipertensión arterial^{1,2} (HTA), realizadas conjuntamente por las Sociedades Europeas de hipertensión (SEH) y de Cardiología (SEC), que actualizan las publicadas en 2003.

Se han modificado algunos aspectos de las guías respecto a la edición anterior. En el apartado de clasificación de la HTA, se mantienen los 3 grados de hipertensión (grados 1, 2 y 3) y el de hipertensión sistólica aislada. El concepto de "prehipertensión"

TABLA 1. Definiciones y clasificación de los valores de presión arterial (mmHg)

Categoría	PAS		PAD
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión de grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión de grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	y	≤ 90

PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica. El grado de la hipertensión sistólica aislada debe ser calificado (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.

no se considera, dado que puede causar ansiedad y comportar visitas y exploraciones médicas innecesarias para muchos pacientes. Los valores considerados como los de presión arterial (PA) normal y presión arterial normal-alta son, respectivamente, 120-129/80-84 y 130-139/85-89.

Al igual que en la edición de 2003, el diagnóstico y el tratamiento deben relacionarse con la cuantificación del riesgo cardiovascular (RCV) total. El RCV se estratifica en las siguientes categorías: sin factores de riesgo (FR); con 1-2 FR; ≥3 FR, síndrome metabólico (SM) o lesiones subclínicas en órganos (DO); con diabetes; y con enfermedad cardiovascular o renal establecida, que corresponde al RCV más alto. La inclusión del SM como criterio de diagnóstico de alto riesgo CV es una novedad en las guías de 2007 (ver fig.).

También se recomienda la búsqueda de posibles lesiones subclínicas en órganos (corazón, vasos sanguíneos, riñón, fondo de ojo y cerebro). La electrocardiografía debe formar parte de toda evaluación estándar en pacientes con PA alta y se recomienda la ecocardiografía cuando se considere útil una detección más sensible de la HVI. Se incluyen como marcadores de lesión de órganos, el índice de PA tobillo-brazo (<0.9), el aumento de la velocidad de la onda de pulso carotídeo-femoral (>12 m/s) como indicador temprano de la rigidez arterial y la disminución del filtrado glomerular estimado ó aclaramiento de creatinina bajo como indicadores renales de lesión orgánica. El examen de detección de microalbuminuria (MA), debe considerarse como un método de uso sistemático en todos los

Figura: Inicio del tratamiento antihipertensivo

Presión Arterial (mmHg)					
Otros Factores de riesgo, DO o enfermedad	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 ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros Factores de Riesgo	No intervención de PA	No intervención PA	Cambio estilo vida algunos meses, después fármacos si no hay control	Cambios estilo vida algunas semanas, después fármacos si no hay control	Cambios estilo vida + Tratamiento inmediato
1-2 Factores de Riesgo	Cambios Estilo de vida	Cambios Estilo de Vida	Cambios Estilo vida algunas semanas, después fármacos si no hay control	Cambios Estilo Vida algunas semanas, después fármacos si no hay control	Cambios Estilo Vida + Tratamiento inmediato
≥ 3 Factores Riesgo, SM o DO	Cambios Estilo Vida	Cambios Estilo Vida y considerar fármacos	Cambios Estilo de Vida + Tratamiento Farmacológico	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato
Diabetes	Cambios Estilo Vida	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico	Cambios Estilo de Vida + Tratamiento Farmacológico	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato
Enfermedad renal o CV Establecida	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato

pacientes hipertensos, así como en los que presentan SM, incluso con PA normal-alta. El fondo de ojo se recomienda tan sólo en la HTA grave. En los hipertensos ancianos pueden ser útiles los test cognitivos para detectar el deterioro cerebral inicial, ya que la disponibilidad y los costes no permiten siempre el uso de resonancia magnética o tomografía computerizada.

El inicio del tratamiento dependerá del nivel de riesgo que tenga el paciente hipertenso. En la figura se ilustra la actitud terapéutica en función de la PA y de los factores de riesgo. Por ejemplo, un valor de PA puede considerarse inaceptablemente alto que requiere tratamiento en situaciones de alto riesgo, pero puede ser aceptable en pacientes de riesgo bajo.

Las estrategias de tratamiento comportan cambios de estilo de vida (dejar de fumar, consumo moderado de alcohol, reducción de la ingesta de sodio, aumento de consumo de frutas y verduras y reducción de consumo de grasas saturadas y grasas totales, reducción del peso y aumento de la actividad física), y tratamiento farmacológico. No obstante, debe tenerse en cuenta que el objetivo fundamental del tratamiento del paciente hipertenso es la reducción del RCV total y no únicamente el control de las cifras de PA.

En cuanto al tratamiento farmacológico, las guías concluyen que las diferencias de incidencia de morbilidad y mortalidad CV entre diferentes clases de fármacos son pequeñas, lo que refuerza la conclusión de que su efecto beneficioso se debe en gran parte a la reducción de la PA en sí.

Cada una de las 5 familias de medicamentos antihipertensivos recomendadas puede tener ciertas ventajas y limitaciones específicas, de manera que se pueden elegir los más apropiados para cada paciente individual. Estas son: diuréticos tiazídicos, antagonistas del calcio (AC), IECA, ARA II y betabloqueantes (BB). El tratamiento puede iniciarse como monoterapia, si bien solo un número limitado de pacientes alcanza los objetivos de PA, principalmente los que presenten hipertensión leve con RCV bajo o moderado. En caso de no conseguir los objetivos y en pacientes que presentan de entrada un RCV alto o muy alto, se recomienda iniciar el tratamiento combinado con 2 fármacos a

TABLA. Declaración de toma de postura. Tratamiento antihipertensivo: fármacos preferidos

Lesiones de órganos subclínicas	
HVI	IECA, AC, ARA
Aterosclerosis asintomática	AC, IECA
Microalbuminuria	IECA, ARA
Disfunción renal	IECA, ARA
Episodios clínicos	
Ictus previo	Cualquier fármaco que reduzca la PA
IM previo	BB, IECA, ARA
Angina de pecho	BB, AC
Insuficiencia cardiaca	Diuréticos, BB, IECA, ARA, antialdosterónicos
Fibrilación auricular	
Recurrente	ARA, IECA
Permanente	BB, AC no dihidropiridínicos
ERFT/proteinuria	IECA, ARA, diuréticos de asa
Enfermedad arterial periférica	AC
Características clínicas	
HSA (ancianos)	Diuréticos, AC
Síndrome metabólico	IECA, ARA, AC
Diabetes mellitus	IECA, ARA
Embarazo	AC, metildopa, BB
Negros	Diuréticos, AC

ARA: antagonistas de los receptores de la angiotensina; BB: bloqueadores beta; AC: antagonistas del calcio; ERFT: insuficiencia renal; HSA: hipertensión sistólica aislada; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; IM: infarto de miocardio; PA: presión arterial.

dosis bajas. Entre las combinaciones, se recomiendan las asociaciones de diurético tiazídico con IECA, con ARA II ó con AC; los AC con IECA ó con ARA II y los AC de tipo dihidropiridínico con BB.

Por último se incluye el abordaje terapéutico en situaciones especiales y el tratamiento de los factores de riesgo asociados: hipolipemiantes, antiagregantes y control de la glucemia.

1.- [Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007. Rev Esp Cardiol 2007; 60: 968.e1 - 968.e94](#)

2.- http://www.riesgovascular.com/archivos/Guia_Europea_HTA_2007.pdf

Dos sobre estatinas

- El New England Journal of Medicine ha publicado el estudio CORONA (COntróled ROsuvastatin MultiNacional Trilal in Herat Failure)¹, aleatorio, doble-ciego y controlado con placebo. El objetivo de este estudio era investigar si la rosuvastatina (10 mg diarios), añadida además de otros tratamientos prescritos en pacientes con insuficiencia cardiaca sistólica, reduce una variable final combinada de muerte cardiovascular, infarto de miocardio no fatal o ictus no fatal.

Participaron 5011 pacientes mayores de 60 años con insuficiencia cardiaca sistólica sintomática crónica de etiología isquémica y FE \leq 0,40 (Clase III/IV NYHA) ó \leq 0,35 (Clase II de la NYHA), que no estuvieran en tratamiento con fármacos para reducir el colesterol. El seguimiento medio fue de 32,8 meses. El grupo de rosuvastatina redujo los niveles de LDL-col y de proteína C-reactiva de forma significativa comparado con el grupo placebo, sin embargo, no se encontraron diferencias en el objetivo principal del estudio (HR 0,92; IC95% 0,83-1,02, p=0,12) ni en la mortalidad (HR 0,95; IC95% 0,86-1,05, p=0,31). Un análisis secundario preespecificado en el protocolo encontró una disminución significativa en el número de hospitalizaciones por causas cardiovasculares en el grupo de la estatina.

- La Agencia británica MHRA publica una carta de Pfizer a los profesionales del Reino Unido sobre la inserción de nuevas precauciones en la ficha técnica de atorvastatina². La nota actualiza la lista de interacciones con otros fármacos - concretamente los que inhiben el metabolismo del citocromo P450 CYP3A4 (claritromicina, itraconazol y ciclosporina, etc)- condicionando su utilización. Por otra parte, también informa de los resultados de un estudio *post hoc* del ensayo SPARCL que sugiere que pacientes con ictus hemorrágico previo o infarto lacunar (sin enfermedad coronaria) pueden tener mayor incidencia de ictus hemorrágico cuando son tratados con dosis altas de atorvastatina (80mg/día). Aunque en España también cambia la ficha técnica³ de atorvastatina, la Agencia española no ha considerado necesario llevar a cabo una iniciativa similar.

- [Kjekshus J, Apetrei E, Barrios, V et al. Rosuvastatin in Older Patients with Systolic Heart Failure. N Engl J Med 2007; 357: 2248-61](#)
- [New advice on interactions and on risk of haemorrhagic stroke in patients who have had recent stroke. HMRA 3/12/2007.](#)
- [Ficha técnica Cardyl MSC octubre 2007.](#)

Comité de Redacción: A. Barreda, M. Bonet, D. Cano, P. Cervera, M. Galeote, M. García, R. Izquierdo, J.Larruga, M.Mateu, M.Puig y E.Salinas.
 Edita: Servicios de Farmacia de Atención Primaria, Departamentos de Salud 1, 2, 3, 4, 5, 13, 15, 16 y 17. Agencia Valenciana de Salut.
 Puede solicitar el envío del boletín remitiendo un correo a hemosleido@gva.es