

Nueva Guía de Hipertensión Arterial de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología

Resumen de la ponencia presentada por el:

Dr. Giuseppe Mancia

Monza. Italia

Resumen elaborado por los Dres. Pedro Pablo Casado y Esther Gargallo

En el siguiente documento se van a comentar detalladamente algunos aspectos escogidos de la nueva guía de práctica clínica editada por las *Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología* en el 2007. Los campos que se van a relatar son los siguientes:

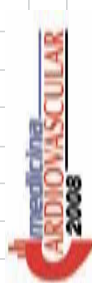
- Por qué tratar.
- Cuándo tratar (tensión arterial umbral y diana-objetivo).
- Objetivos terapéuticos.
- Cómo tratar.

Por qué tratar

Son abundantes los estudios que han demostrado que el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) se refleja en una clara reducción de la morbimortalidad cardiovascular, los resultados obtenidos de más de 200.000 pacientes incluidos en estudios de observación o de intervención avalan esta sentencia. Buena muestra de este concepto se ve reflejado en la figura 1, que muestra los resultados de un metaanálisis de los ensayos clínicos en pacientes hipertensos comparando diferentes opciones terapéuticas entre sí o con respecto al placebo, con una muestra superior a 200.000 sujetos, pudiendo apreciar cómo a mayor reducción de la presión arterial (sistólica medida en milímetros de mercurio) se obtiene una mayor reducción del riesgo de eventos cardio y cerebrovasculares (figura 1).

Cuándo tratar y objetivos terapéuticos

La actualización de la guía marca, en la población general hipertensa, una tensión arterial umbral para comenzar con tratamiento farmacológico en cifras iguales o superiores a 140/90 mm Hg, con unas presiones objetivo inferiores a 140/90 mm Hg (o cifras inferiores si son toleradas por el paciente [figura 2]).



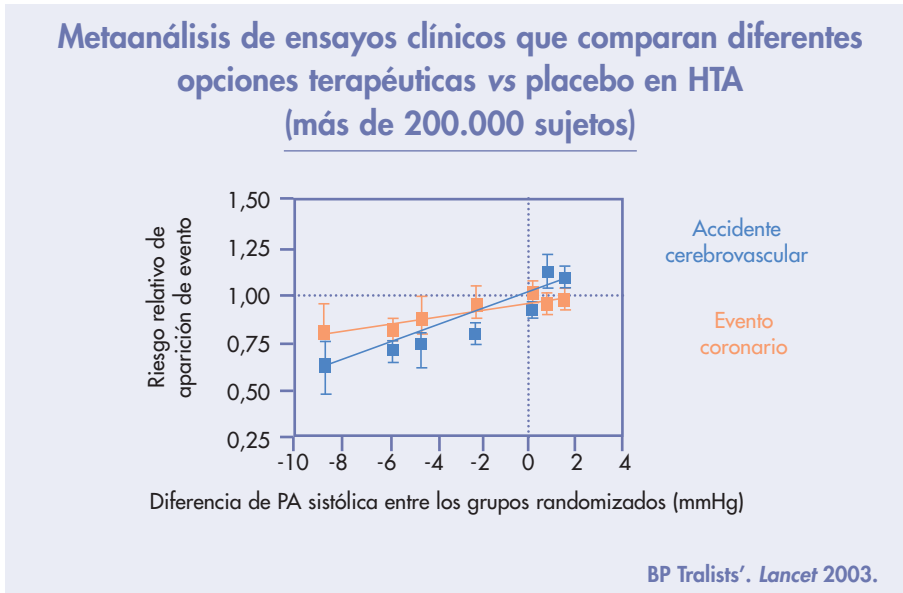


Fig. 1.

Éstas son las cifras umbral y objetivo delimitadas por la actualización de la guía, manteniendo una tendencia a la baja que es probable se perpetúe en el tiempo ante las evidencias existentes, por ejemplo, en la población general (figura 3); es clara la existencia de una relación lineal entre mortalidad por enfermedad cardíaca y cerebrovascular en dependencia de las cifras de tensión arterial, siendo el riesgo y la mortalidad más bajos cuanto menor es la presión arterial.

Además de los estudios observacionales en la población general, son muchos los estudios y los meta-análisis que han demostrado que una mayor reducción de la presión arterial de la establecida sobre grupos de especial riesgo cardiovascular confiere un mayor beneficio sobre la prevención de eventos; algunos de los trabajos que aportan esta evidencia y el perfil de los pacientes sobre los que se han realizado se muestran en la figura 4.

Sirva el estudio HOT sobre la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos (figura 5) en el que se apreció cómo reducciones adicionales respecto a la presión arterial diastólica marcada como objetivo por las guías de práctica clínica (90 mmHg) lograban una disminución añadida de la tasa de eventos cardiovasculares mayores.

Al igual que este ejemplo, otros muchos ensayos clínicos recientes han mostrado cómo unas cifras de presión arterial menores que las marcadas por 140/90 mmHg confieren una mayor protección cardiovascular, sólo en el estudio PEACE

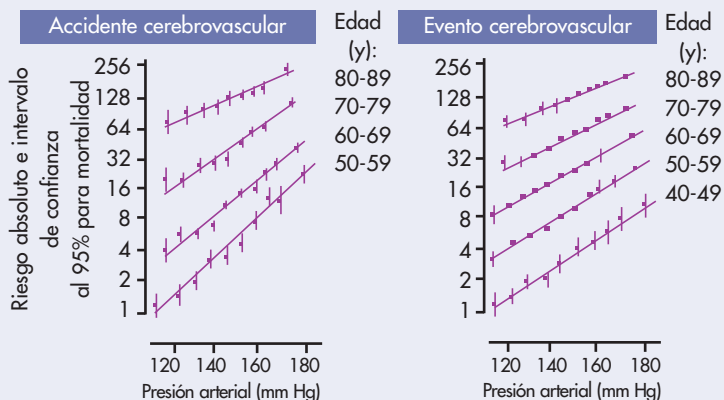


Guía Clínica de HTA 2007 ESH/ESC Presión arterial umbral/objetivo en la población general hipertensa



Fig. 2.

Mortalidad por accidente cerebrovascular y evento cardiovascular para cada década de vida en dependencia de la presión arterial sistólica al comienzo de la década



Lancet 2002; 360:1903-1913.

Fig. 3.

(realizado sobre pacientes con coronariopatía estable de bajo riesgo y con función ventricular normal o ligeramente reducida) no se apreció este beneficio pronóstico (figura 6).

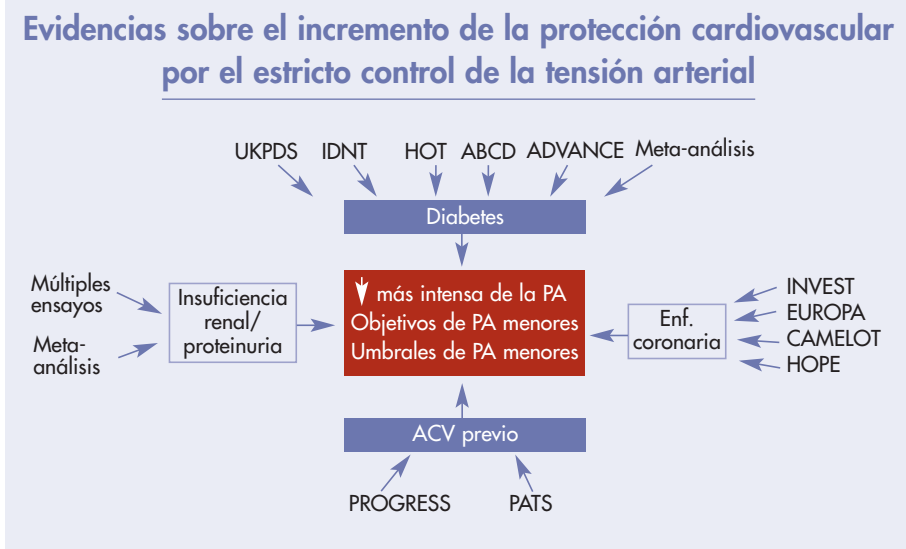


Fig. 4.

Debido a este concepto de beneficio sobreañadido en la reducción del riesgo cardiovascular con la intensificación de los objetivos terapéuticos, las sociedades europeas de cardiología e hipertensión han añadido una modificación en la tabla de estratificación del riesgo cardiovascular, y es la de permitir una flexibilización en la estimación del riesgo en dependencia de las cifras de tensión arterial y de las condiciones clínicas asociadas, permitiendo así modulaciones respecto a la actitud terapéutica en cada caso (figura 7).

Cómo tratar

Un primer elemento terapéutico en esta guía actualizada lo siguen componiendo los cambios en los hábitos de vida, manteniendo las mismas indicaciones que ya se encontraban en la versión anterior (abandono del hábito tabáquico, pérdida de peso o estabilización del mismo, ejercicio físico, alimentación, etc.), pero las diferencias las encontramos en otros aspectos como: se recomiendan estas medidas a todos los pacientes, incluyendo a aquellos con presión arterial normal-alta; se recomienda que estos consejos sean impartidos por personal especialmente cualificado haciendo refuerzos periódicos, y aplicar estos consejos no debe retrasar el comienzo del tratamiento farmacológico, especialmente en los sujetos con niveles de riesgo más elevados.

Respecto al tratamiento farmacológico, uno de los aspectos más controvertidos y esperados era la actitud que adoptaba la guía actualizada ante los betablo-

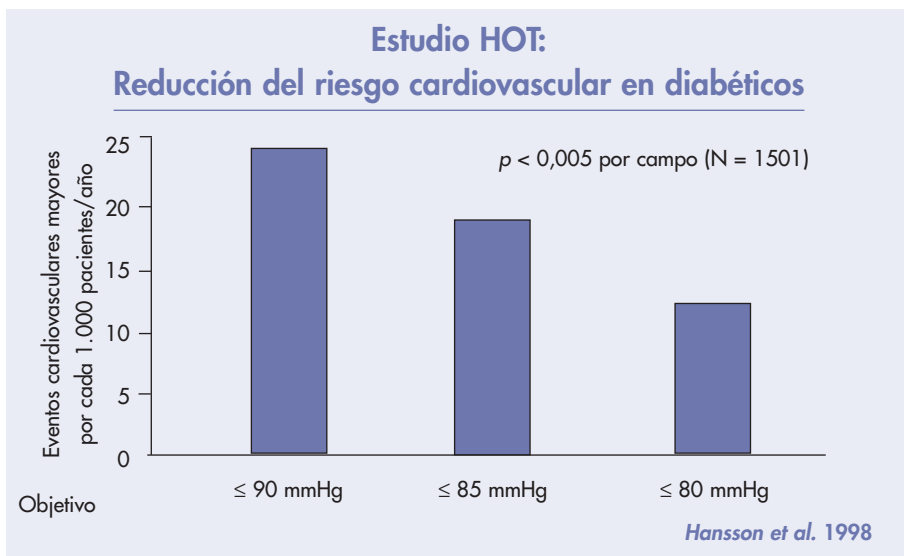


Fig. 5.

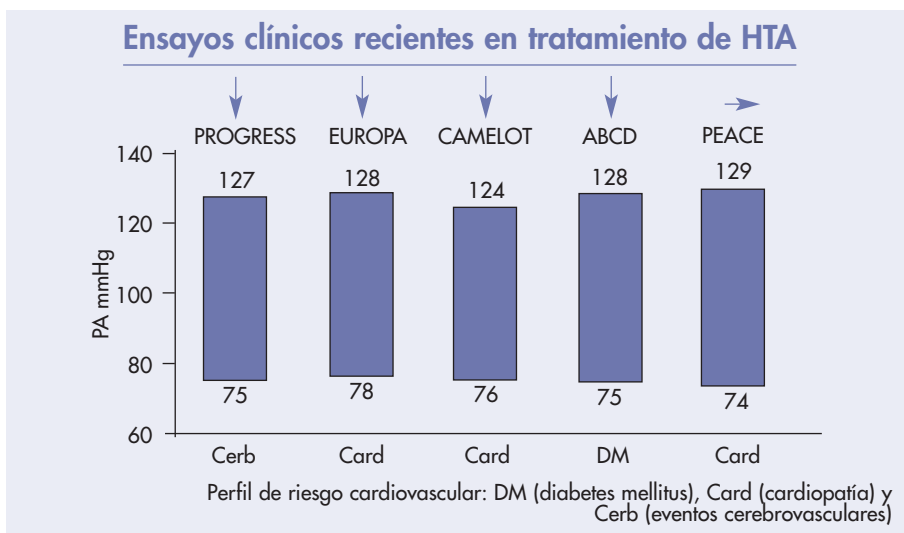
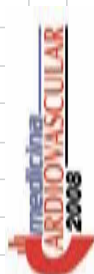


Fig. 6.

queantes, principalmente tras la decisión de las guías NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) de relevar este grupo farmacológico como cuarta línea de tratamiento de la hipertensión arterial tras los resultados de un amplio



Estratificación del riesgo cardiovascular					
Presión Arterial (mm Hg)					
Otros factores de riesgo Lesión orgánica 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 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, LOD 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 sistólica; PAD: presión diastólica; CV: cardiovascular; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión. Bajo, moderado, alto y muy alto hacen referencia al riesgo absoluto de padecer episodios CV mortales o no mortales a 10 años (< 15%, 15-20%, 20-30%, > 30%, respectivamente) El término "añadido" indica que en cualquier categoría el riesgo es mayor que el de referencia. LOD: lesión silente de órgano diana; SM: síndrome metabólico. La línea discontinua indica que la definición de HTA es variable dependiendo del riesgo cardiovascular global.

Fig. 7.

meta-análisis que muestra una inferior eficacia en la prevención de accidentes cerebrovasculares por parte de los betabloqueantes respecto a otros grupos farmacológicos.

Las sociedades europeas de cardiología e hipertensión han decidido mantener los betabloqueantes como elemento de primera línea terapéutica en la hipertensión arterial. Esta decisión está basada en otros ensayos y meta-análisis, sirvan como ejemplos los mostrados en las figuras 8 y 9, en las cuales se muestra una reducción de la presión arterial similar por parte de los betabloqueantes junto con diuréticos (se consideran juntos al verse en registros como el ASCOT que su asociación supera el 90% en el tratamiento de los pacientes) respecto a otras opciones terapéuticas como los calcioantagonistas o los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), grupos en los cuales no se ha cuestionado su papel protagonista en la terapéutica antihipertensiva. Y, de la misma manera, se muestra una reducción de los eventos cardiovasculares de la misma magnitud entre ambas opciones.

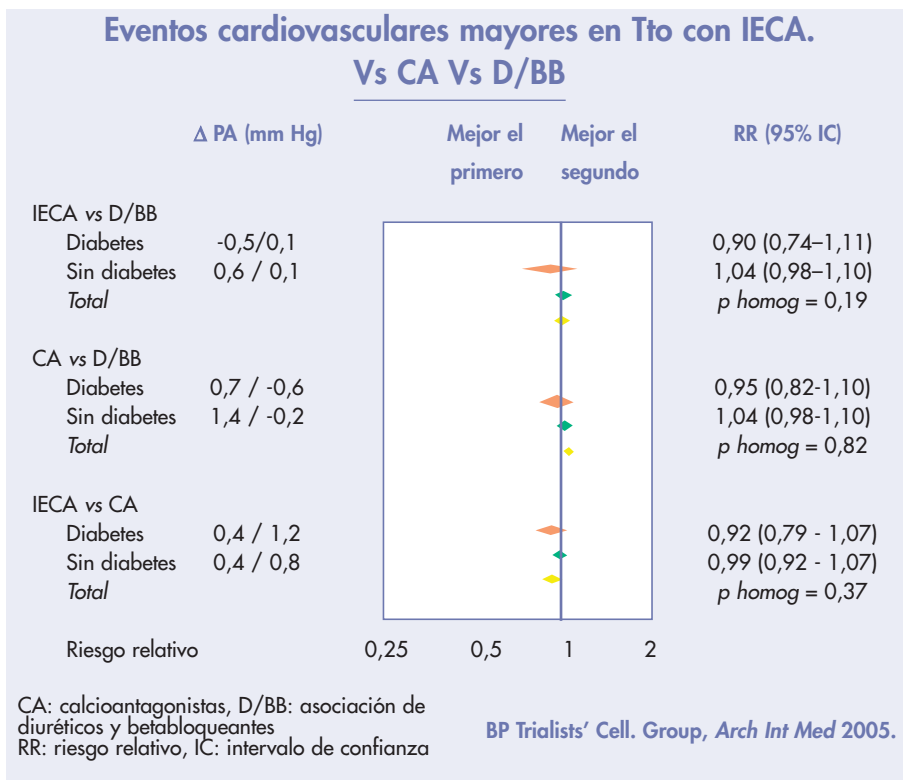


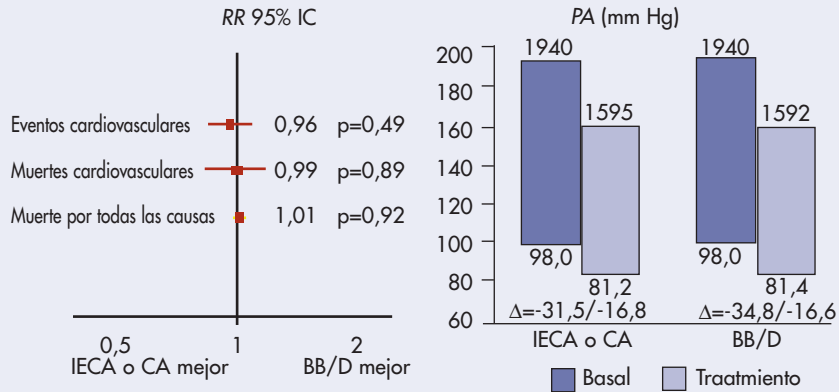
Fig. 8.

Es destacable, además, que el estudio STOP-2 se basa en una población con edad media de 76 años. Punto importante, pues, el meta-análisis esgrimido para cuestionar los betabloqueantes en el tratamiento de la HTA, se concluía que los betabloqueantes eran superiores al placebo en la prevención cardiovascular cuando se aplicaban a la población de edad no superior a 56 años, pero que no suponían beneficio respecto al placebo en sujetos de mayor edad.

Por último, comentar dos hechos más en el mencionado meta-análisis de Khan se concluye en la inferioridad de los betabloqueantes para prevenir eventos cerebrovasculares, sin embargo esto no ocurría para la cardiopatía isquémica o la mortalidad global, y en segundo lugar estas conclusiones serían sólo extrapolables al atenolol, betabloqueante usado casi en exclusividad por todos los trabajos empleados en la confección del meta-análisis.

Un segundo aspecto destacado de esta nueva guía hace referencia a las asociaciones farmacológicas, reconociendo que en la mayoría de los pacientes el

Efecto del tratamiento convencional vs nuevos tratamientos en la presión arterial y en los eventos cardiovasculares en el estudio STOP 2 (n = 6614; edad media, 76 años)



CA: calcioantagonistas, D/BB: asociación de diuréticos y betabloqueantes
RR: riesgo relativo, IC: intervalo de confianza

Hansson et al., *Lancet* 1999;354:1751.

Fig. 9.

Estrategias en monoterapia o combinación

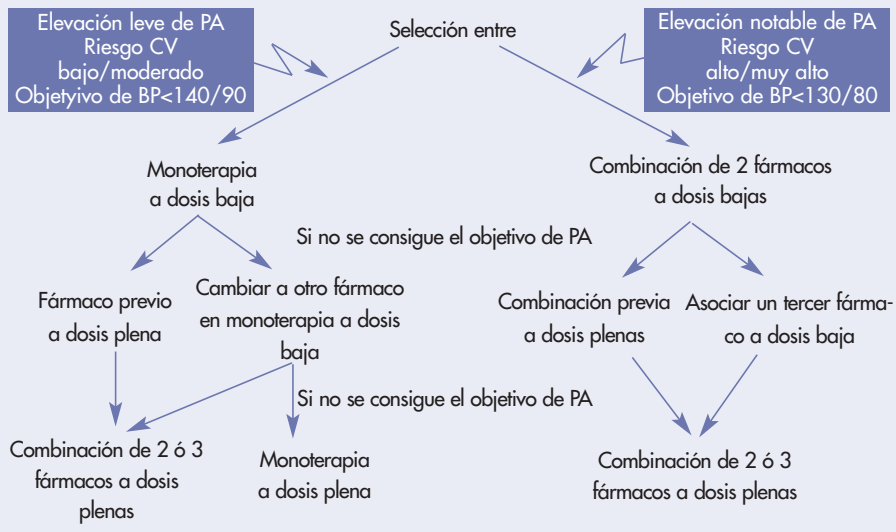
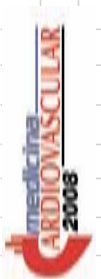


Fig. 10.



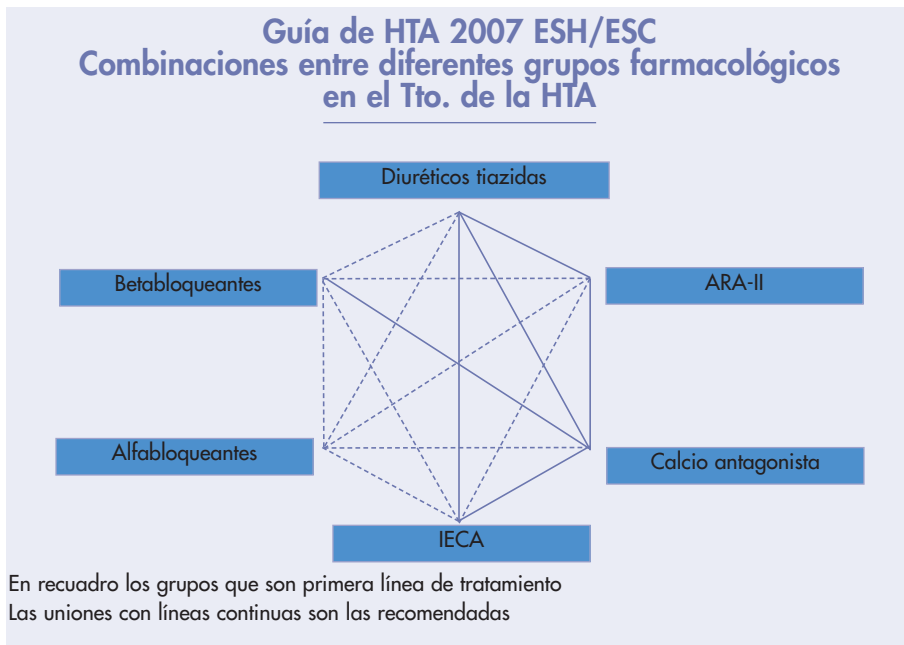


Fig. 11.

tratamiento con monoterapia no es suficiente para lograr un adecuado control tensional, y que para ello en muchos sujetos van a ser necesarias tres o más drogas antihipertensivas. En esta línea se enfatiza en los beneficios que reportan las asociaciones a dosis fijas de antihipertensivos traducidos por simplicidad de tratamiento y mayor adherencia, e igualmente se recomienda en los sujetos con riesgo cardiovascular alto o muy alto iniciar el esquema terapéutico directamente con la combinación de dos drogas a dosis bajas. Siguiendo esta línea de potenciar las asociaciones terapéuticas para lograr un mejor control, la actualización ha incluido un esquema que se refleja en la figura 10, que incluye las estrategias de tratamiento en monoterapia o por combinación terapéutica.

Dentro de las posibles asociaciones terapéuticas, la representada por la asociación de betabloqueantes con diuréticos tiazidas ha quedado relegado a un segundo plano, debiendo evitarse especialmente su uso en pacientes con síndrome metabólico o alto riesgo de desarrollar diabetes (figura 11).

Implementación de la nueva guía en Atención Primaria: ¿será posible en la práctica diaria?

Resumen de la ponencia presentada por el:

Dr. Mariano de la Figuera

Centro de Atención Primaria de la Mina. Barcelona

Resumen elaborado por los Dres. Pedro Pablo Casado y Esther Gargallo

La atención primaria es el ámbito fundamental de la prevención cardiovascular y por ello es de gran importancia la capacidad de implementación de las diferentes guías clínicas en la práctica clínica diaria de estos profesionales.

A este respecto analizaremos algunos puntos relevantes sobre la posible implementación de la nueva guía de hipertensión arterial de las sociedades europeas de hipertensión y cardiología (ESH/ESC) en atención primaria.

Existen diferentes problemas que dificultan la aplicabilidad de las guías sobre hipertensión arterial (HTA) a nivel asistencial (figura 1):

- Existen múltiples guías desarrolladas por diferentes sociedades, existiendo en ocasiones numerosas discrepancias entre ellas que pueden confundir al clínico ante su utilización.
- En muchas ocasiones existe una actitud negativa o de rechazo por parte del clínico para su utilización, en muchas ocasiones basada en la excesiva extensión y compleja aplicabilidad (una de las principales demandas por parte del médico de atención primaria versa sobre la simplicidad de las guías con una exten-

¿Por qué no se siguen las GPC*?

- Demasiadas y discrepantes
- Actitud negativa hacia su uso
- Difusión (formación) escasa
- GPC mal diseñadas y alejadas de la práctica clínica
- Sobrecarga asistencial - falta de tiempo
- Objetivos inalcanzables

*GPC: Guías de Práctica Clínica

Fig. 1.

sión recortada que facilite su manejo, por el contrario la nueva guía de HTA de la ESH/ESC posee 82 páginas con más de 800 citas).

- La difusión y formación realizadas sobre estas guías suelen ser escasas o inferiores a las demandadas por el clínico para alcanzar un grado suficiente de seguridad en su manejo.
- Con frecuencia las guías clínicas se encuentran mal diseñadas y se alejan de la práctica clínica.
- La sobrecarga asistencial a la que están sometidos los médicos de atención primaria imposibilita la aplicación de guías clínicas que no estén ampliamente simplificadas ante la falta de tiempo para ello.
- La enunciación de unos objetivos inalcanzables en la práctica clínica real es otro elemento disuasorio a la hora de emplear una guía clínica en la rutina asistencial del clínico.

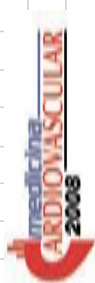
Algunos ejemplos que muestran cómo la ESH/ESC no ha apostado por la simplificación en la elaboración de esta guía, los podemos encontrar de entrada en aspectos como la definición y clasificación de la HTA, estableciendo múltiples niveles o categorías y otorgando un papel predominante a la medición de tensión arterial con esfigmomanómetros de mercurio u otros métodos, como la MAPA, ignorando sistemas tan útiles y que suponen un importante ahorro de tiempo como son los esfigmomanómetros semiautomáticos.

Del conjunto de factores de riesgo cardiovascular empleados para la estratificación del riesgo (figura 2) son aspectos destacables la revitalización que adquiere la presión diferencial o de pulso, la continuada reducción en los niveles de lípidos considerados como de riesgo, la desaparición de la PCR ultrasensible de la lista y el reconocimiento del síndrome metabólico en sí mismo.

Factores de riesgo cardiovascular para la estratificación

- Niveles de Presiones Arteriales sistólica y diastólica
- Presión del Pulso (PAS-PAD) ancianos
- Edad (> 55 años en hombres y > 65 años en mujeres)
- Tabaquismo
- Dislipidemia [colesterol total > 190 mg/dl o LDL-colesterol > 115 mg/dl o HDL-colesterol < 40 (H); < 46 mg/dl (M) o triglicéridos > 150 mg/dl]
- Glucemia en ayunas (102-125 mg/dl)
- Prueba de sobrecarga oral a la glucosa anormal
- Obesidad abdominal [Perímetro cintura \geq 102 cm (H); \geq 88 cm (M)]
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (H < 55 años y M < 65 años)
- Sd metabólico (asociación de 3 a 5 factores de riesgo cardiovascular)

Fig. 2.



De entre todos los métodos mencionados en la guía de práctica clínica (GPC) para la detección de la lesión de órgano diana (figura 3), los que son de aplicación real a nivel de atención primaria, tanto por su disponibilidad como por su coste y rentabilidad, son el electrocardiograma y el ecocardiograma, el cálculo del filtrado glomerular y el aclaramiento de creatinina y la microalbuminuria, pudiendo también incorporarse a este grupo la realización de un índice tobillo-brazo cuando se disponga del equipo, de la formación adecuada y del tiempo necesario en la consulta (en la figura 4 se aprecian los distintos métodos de detección

Lesiones de órganos diana	
• Hipertrofia ventricular izquierda	<ul style="list-style-type: none"> • ECG: Sokolow-Lyon > 38 mm/Cornell > 2.440 mm/ms • ECO: IMVI \geq 125 g/m² (H); \geq 110 g/m² (M)
• Velocidad de la onda de pulso > 12 m/seg	
• Grosor íntima/media carotídeo > 0,9 mm o detección de placa de aterosoma	
• Índice tobillo/brazo < 0,9	
• FG o AC < 60 ml/min	
• Aumento ligero de creatinina sérica	1,3-1,5 mg/dl (hombres)/1,2-1,4 mg/dl (mujeres)
• Microalbuminuria	

Fig. 3.

Disponibilidad, valor pronóstico y coste de algunos marcadores de lesión de órgano			
Marcadores	Valor predictivo CV	Disponibilidad	Coste
Electrocardiografía	++	++++	+
Ecocardiografía	+++	+++	++
Grosor íntima - Media carotídea	+++	+++	++
Rigidez arterial (velocidad de la onda de pulso)	+++	+	++
Índice tobillo-brazo	++	++	+
Contenido de calcio coronario	+	+	++++
Composición de tejido cardíaco/vascular	?	+	++
Marcadores circulatorios de colágeno	?	+	++
Disfunción endotelial	++	+	+++
Infartos lacunares/lesiones de sustancia blanca	?	++	++++
Filtrado glomerular o aclaramiento de creatinina	+++	++++	+
Microalbuminuria	+++	++++	+

Fig. 4.



del órgano diana, señalando los valores predictivos, la disponibilidad y los costes de las diferentes pruebas; en color amarillo se marcan aquellas pruebas útiles a nivel de primaria, en naranja las que potencialmente podrían ser beneficiosas, en rojo, por el contrario, aquellos marcadores sin utilidad clínica real por disponibilidad u otras causas para el médico de atención primaria).

Uno de los aciertos presentados por la GPC sobre HTA de la ESH/ESC es la definición de un grupo de sujetos como de alto o muy alto riesgo cardiovascular por la presencia de determinados elementos (figura 5), de forma independiente a la utilización de la tabla de estratificación. Es una excelente propuesta desde el punto de vista clínico, al permitir identificar a esos sujetos de riesgo cardiovascular especialmente elevado sin la necesidad de aplicar tablas o escalas de riesgo.

Aparte de esta identificación directa de los sujetos de alto o muy alto riesgo, la guía proporciona una tabla que permite estratificar el riesgo cardiovascular en dependencia de la tensión arterial y de los factores de riesgo o condiciones clínicas asociadas, que presenta leves modificaciones respecto a su predecesora del 2003 (figura 6). Esta versión del 2003, según los resultados del estudio Controlproject (entre otros parámetros analizaba la utilización de métodos de estratificación de riesgo), del 95% de participantes que sí empleaban algún método de estratificación, era conocida por tan sólo un 5%, y empleada en un porcentaje aún menor (en detrimento de tablas de Framingham, de uso mayoritario gracias a la aplicación de sistemas informáticos).

En la figura 7 puede contemplarse la tabla propuesta por esta GPC de la ESH/ESC para el inicio del tratamiento antihipertensivo, compartimentada al igual que la

Individuos con riesgo CV alto/muy alto

- PAS \geq 180 mm Hg y/o PAD \geq 110 mm Hg
- PAS mayor de 160 con PAD menor de 70 (P de pulso elevada)
- Diabetes mellitus
- Síndrome metabólico
- \geq 3 Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV)
- Una o más de las siguientes lesiones subclínicas de órgano:
 - Hipertrofia ventricular izquierda electrocardiográfica (particularmente con lesión) o ecocardiográfica (particularmente concéntrica)
 - Evidencia de aumento del grosor íntima/media o presencia de placas en la ecografía carotídea
 - Aumento de la rigidez arterial
 - Aumento discreto de creatinina sérica
 - Reducción del FG estimado o del aclaramiento de creatinina
 - Microalbuminuria o proteinuria
- Enfermedad cardiovascular o renal establecida

Fig. 5.

Estratificación del Riesgo Cardiovascular					
Presión Arterial (mmHg)					
Otros factores de riesgo, lesión orgánica o enfermedad	Normal PAS 120-129 o PAD (80 -84	Normal Alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA Grado I 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 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 ó más FRCV, SM, LOD 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

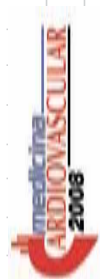
PAS: presión sistólica; PAD: presión diastólica; CV: cardiovascular; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión; Bajo, moderado, alto y muy alto hacen referencia al riesgo absoluto de padecer episodios CV mortales o no mortales a 10 años (<15%, 15-20%, 20-30%, >30% respectivamente). El término “añadido” indica que en cualquier categoría es mayor que el de referencia. LOD: lesión silente de órgano diana; SM: síndrome metabólico. La línea discontinua indica que la definición de HTA es variable dependiendo del riesgo cardiovascular global.

Fig. 6.

tabla de estratificación de riesgo según tensión arterial y factores de riesgo o entidades clínicas asociadas, dando como resultado un comando de instrucciones para el clínico algo complicado, siendo otro ejemplo de la “no simplificación” de las guías, aunque este aspecto tal vez pudiera solventarse con la aplicación de soluciones informáticas que facilitaran la actitud terapéutica según los parámetros especificados. Pero otro aspecto a destacar es la indicación de no tratamiento farmacológico para los sujetos con HTA grado 2 con un riesgo cardiovascular moderado, algo que se contradice con la práctica clínica habitual.

Otro aspecto relevante en el tratamiento es el algoritmo aportado por la guía para las estrategias terapéuticas en monoterapia o mediante combinaciones farmacológicas, estableciendo unos perfiles clínicos mejor definidos para estas elecciones con respecto a la versión del 2003 (figura 8).

Por el contrario, a la hora de establecer patrones para la elección del fármaco, la guía presenta múltiples cuadros expresando contraindicaciones, efectos adversos y situaciones clínicas preferibles para cada uno de ellos, sin llegar a alcanzar indicaciones claras, concisas y simplificadas a la hora de la elección



Inicio del tratamiento antihipertensivo					
Presión Arterial (mmHg)					
Otros factores de riesgo, lesión orgánica o enfermedad clínica	Normal PAS 120-129 o PAD 80 -84	Normal Alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA Grado I 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 FRCV adicionales	Sin tratamiento antihipertensivo	Sin tratamiento antihipertensivo	Cambios estilo de vida durante algunos meses. Si PA no controlada tto. farmacológico	Cambios estilo de vida durante algunas semanas Si PA no controlada tto. farmacológico	Cambios estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato
1-2 FRCV adicionales	Cambios estilo de vida	Cambios estilo de vida	Cambios estilo de vida durante algunas semanas Si PA no controlada tto. farmacológico	Cambios estilo de vida durante algunas semanas Si PA no controlada tto. farmacológico	Cambios estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato
≥ 3 o más FRCV, SM, LOD	Cambios estilo de vida	Cambios estilo de vida y considerar tto farmacológico	Cambios estilo de vida durante algunos meses. Si PA no controlada tto. farmacológico	Cambios estilo de vida durante algunas semanas Si PA no controlada tto. farmacológico	Cambios estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato
Diabetes	Cambios estilo de vida	Cambios estilo de vida + tratamiento farmacológico	Cambios estilo de vida + tratamiento farmacológico	Cambios estilo de vida + tratamiento farmacológico	Cambios estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato
Enfermedad CV o renal establecida	Cambios estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato	Cambios estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato	Cambios estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato	Cambios estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato	Cambios estilo de vida + tratamiento farmacológico inmediato

Fig. 7.

farmacológica (ésta es otra dificultad que podría solventarse parcialmente con la aplicación de soluciones informatizadas que faciliten la elección). Dentro de

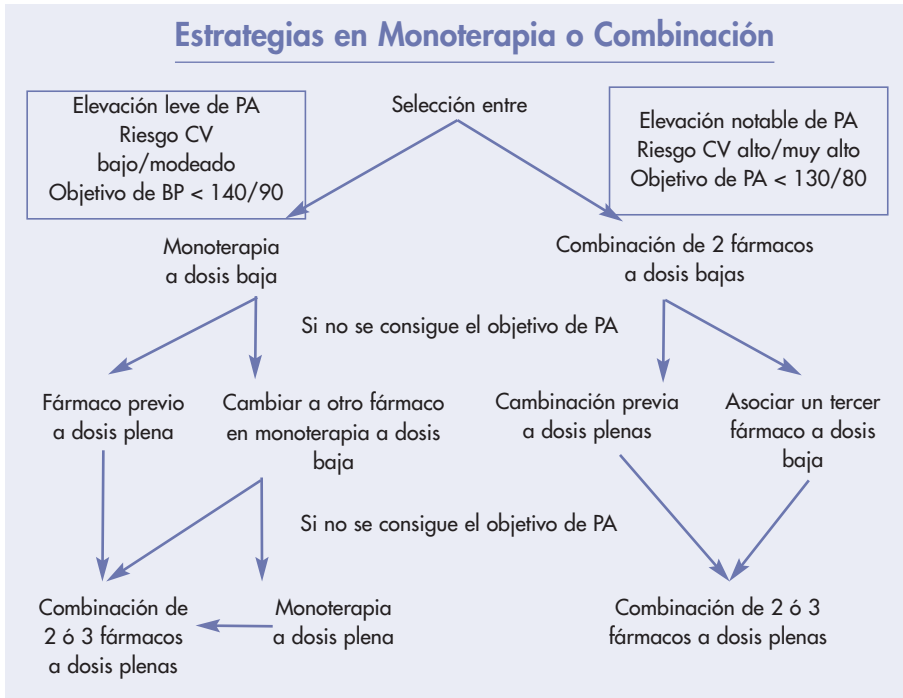


Fig. 8.

estas combinaciones de fármacos, la asociación de diuréticos tiazídicos con betabloqueantes ha dejado de considerarse como de primera línea respecto a la versión del 2003, ello es consecuencia de los efectos perjudiciales demostrados de dicha asociación sobre el metabolismo hidrocarbonado.

Los objetivos terapéuticos sobre control tensional establecidos por la GPC del año 2007 se muestran en la figura 9, apreciándose la exigencia de alcanzar unas cifras de tensión arterial inferiores a 130/80 mmHg en los sujetos diabéticos, a pesar de no existir ensayos clínicos ni otras evidencias que apoyen que un control tan estricto repercuta en una reducción de la morbimortalidad cardiovascular. Estos objetivos de difícil cumplimiento producen que en muchas ocasiones no se sigan las instrucciones de la GPC, siendo demandada por los clínicos la inclusión de unos objetivos parciales que puedan amoldarse más a la realidad asistencial.

En resumen, esta actualización de la ESH/ESC de su guía de hipertensión arterial será un documento de gran valor para expertos y grupos de trabajo pero, con algunos de los ejemplos detallados anteriormente, parece intuirse que su aplicabilidad en un ámbito como el de Atención Primaria será difícil ante la falta de simplificación en su manejo y la idiosincrasia asistencial de estos especialis-

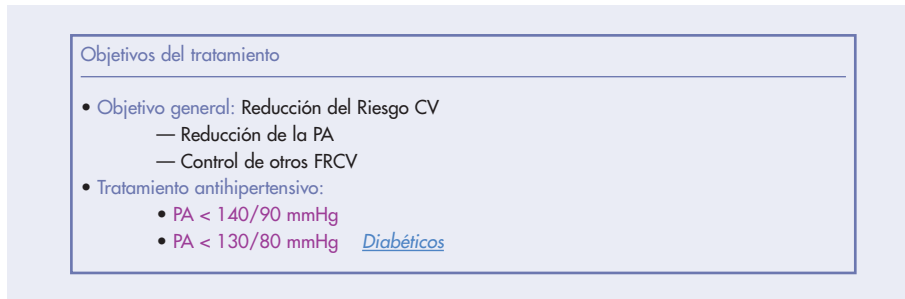


Fig. 9.

tas, por lo que resulta complicado atribuirle el título de *Guía de Práctica Clínica*. No por ello se debe obviar que en ciertos aspectos sí se ha logrado esa deseada simplificación y que será la difusión que alcance la presente guía junto con el grado de acogida de su versión reducida quien determine en última instancia el grado de utilización que tenga este documento por parte del personal clínico asistencial.