

INFORME DE POSICIONAMIENTO DEL GdT HTA semFYC RESPECTO A NOVEDADES DE LA GUIA EUROPEA DE HIPERTENSIÓN (ESH/ESC) 2018

AUTORÍA: Eduardo Guija Villa y Mencia Benítez Camps en
representación del GdT HTA de semFYC

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto
de intereses en la elaboración de este documento

NOVEDADES DE LA GUIA EUROPEA DE HIPERTENSIÓN (ESH/ESC) 2018

Diagnóstico:

Igual que en las guías de 2013, e igual que en la guía americana, esta actualización de la guía europea establece que el diagnóstico de la HTA debe realizarse en base a medidas repetidas de Presión Arterial (PA) realizadas en la consulta.

El punto de corte sigue siendo 140/90. Por lo que se considera que uno es hipertenso si de forma repetida presenta cifras de PA \geq 140 y/o 90 mmHg.

Las medidas ambulatorias elevadas, con los mismos puntos de corte que las anteriores, son definitorias también de HTA.

Objetivos de control:

Si bien los objetivos de control siguen siendo conseguir una PA < 140 y 90 mmHg en todos los pacientes, en la mayoría de ellos, hay que intentar conseguir una PA cercana a la óptima, entre 120 y 130 mmHg, siempre que sea tolerada. Solo se considera PA entre 130 y 140 mmHg en la enfermedad renal crónica, y los mayores de 65 años. El objetivo de PA diastólica será en todos los casos menor de 80 mmHg si el paciente recibe tratamiento farmacológico.

Al considerar un objetivo de control, o un tratamiento, más que la edad cronológica, hay que considerar la situación de calidad y esperanza de vida. El matiz de la tolerancia a los objetivos establecidos acompaña a casi todas las recomendaciones de conseguir cifras de PA más bajas.

Factores de riesgo que influyen en el riesgo de los pacientes que no se consideraban en las guías anteriores son el Ácido Úrico, la Menopausia precoz, los factores socioeconómicos y psicosociales, y la frecuencia cardiaca >80.

Modificaciones del estilo de vida:

Se aconseja reducir la sal a menos de 5g día; no hay cambio en la recomendación de reducción del alcohol, salvo que esta se hace en relación a unidades estándar (UBE) semanales, en vez de alcohol puro. La recomendación es de 14 UBE/semana para los hombres y 8 UBE para las mujeres, y evitando el consumo concentrado en el fin de semana.

En la HTA resistente, hay que considerar la reducción de sal como primera medida, y en cuanto a fármacos, la espironolactona es la primera opción terapéutica a añadir.

Tratamiento farmacológico:

En esta guía se recupera la recomendación de considerar el tratamiento farmacológico en los pacientes con PA normal-alta (130-139/85 mmHg) si su riesgo cardiovascular es alto o muy alto (enfermedad cardiovascular establecida, especialmente cardiopatía isquémica).

También es menos conservadora, desde el punto de vista que reduce el tiempo a solo 3-6 meses, para el tratamiento no farmacológico único en aquellos pacientes con HTA de grado I (PAS 140-159 mmHg) denominados de bajo riesgo (sin LOD ni ECV).

En los mayores de 65 años se considera también la necesidad de tratamiento farmacológico en la HTA de grado I.

Otra novedad es que como norma general considera el inicio de tratamiento con combinaciones farmacológicas en casi todos los pacientes, excepto en aquellos con HTA grado I, sin lesiones de órgano diana mediada por la HTA o enfermedad cardiovascular establecida.

El descenso de la PA con el uso de una combinación fija se produce dentro de los primeros 15 días y continúa en los 3 meses siguientes

Se decantan claramente por dos posibles combinaciones, que son inhibidores del sistema renina angiotensina (ISR) con calcioantagonistas o diuréticos tiazidas like; los beta-bloqueantes se relegan como tercer escalón de tratamiento, excepto en situaciones especiales, entre las que se incluyen los estados hipertensivos del embarazo, cuando precisan de medicación, pero también los pacientes con enfermedad cardiaca.

En la enfermedad renal crónica, con proteinuria, sea o no de origen diabético, los ISR son la mejor opción terapéutica porque reducen más la proteinuria.

Seguimiento del paciente Hipertenso:

Se insiste en la necesidad de comprobar la adherencia al tratamiento, y en facilitararlo mediante las combinaciones en dosis fijas.

La primera visita después del inicio del tratamiento se recomienda en unos dos meses, y luego entre 3 y 6 meses para ver si se han conseguido objetivos terapéuticos, y posteriormente seguimiento anual, tengan o no tratamiento farmacológico.

Comprobar factores de riesgo y LOD al menos cada dos años,

Ponen de relieve el papel de enfermería y de farmacéuticos en el seguimiento de estos pacientes.

La MAPA y el AMPA hay que considerarlos en este seguimiento y en el diagnóstico como una posibilidad más, aunque pierden relevancia con respecto a guías anteriores. Por el contrario, no hay suficiente evidencia para considerar la medida de la PA en consulta sin personal sanitario, pues no hay estudios que lo avalen

CONCLUSIONES

- Diagnóstico basado en medidas repetidas en consulta +/- MAPA-AMPA.
- Punto de corte situado en ≥ 140 y/o 90 mmHg,
- Objetivos de control en la mayoría de los casos PA < 130 y 80 mmHg, siempre que sean bien tolerados. En ancianos y ERC objetivos de $139-130$ mmHg de PAS.
- Inicio en casi todos los casos con una combinación de fármacos (ISR + CA o diurético tiazídico), si PA es ≥ 140 y/o 90 mmHg.
- Espironolactona primera opción a considerar en la HTA resistente para añadir a la terapia de base.
- Papel relevante de enfermería y farmacéuticos para el seguimiento y control.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (SEMFYC)

La semFYC es la federación de las 17 Sociedades de Medicina de Familia y Comunitaria que existen en España y agrupa a más de 19.500 médicos de familia. La especialidad de Medicina de Familia persigue la mejora de la atención a la salud de los usuarios de la Sanidad Pública del Sistema Nacional de Salud a través de una atención más cercana a las personas, su familia y su entorno comunitario.