

Open Acces



COMPARATIVA ENTRE LA GUIA D'HTA DE LA CAMFIC (2021) I LA DE LA SOCIETAT EUROPEA D'HTA (2023): DE LES RECOMANACIONS D'EXPERTS A LA PRÀCTICA CLÍNICA DIÀRIA

¹ MFiC, Centre Mèdic Castelldefels

² MFiC CAP Sant Llätzer, Terrassa

³ MFiC, CAP Gòtic, Barcelona

⁴ Farmacèutic AP, DAP Lleida

⁵ MFiC, CAP El Clot, Barcelona

⁶ MFiC, CAP Palau-Solità i Plegamans

⁷ PHD RN, CAP Banyoles

⁸ MFiC, CAP Artés

⁹ MFiC, CAP Llefia, Badalona

¹⁰ MFiC, CAP La Mina, Sant Adrià de Besòs

¹¹ MFiC jubilat, Girona

¹² MFiC, Barcelona

Adreça per a correspondència:
Joan Torras-Borrell

Adreça electrònica:
joan.torras.borrell@gmail.com

Mariano de la Figuera Von Wichmann¹, Joan Torras-Borrell², Oriol Rebagliato Nadal³, Mènci Benítez Camps³, Beatriz Arnal López², Jordi Rosinach Bonet⁴, Melània Priego Artero⁵, Maria Cecilia Salgueiro⁶, Mar Serrat-Costa⁷, Laura Camps Vilà⁸, Carles Albaladejo Blanco⁹, Núria Soldevila Bacardit¹⁰, Mireia Gibrat Pineda⁶, Ernest Vinyoles Bargalló¹⁰, Gabriel Coll de Tuero¹¹ i Maria Antònia Vila Coll¹²

RESUM

Amb l'aparició de les noves guies de l'European Society of Hypertension (ESH) de 2023, el grup de treball en HTA de la CAMFiC va veure la necessitat de revisar la guia de la CAMFiC de 2021 per identificar les diferències més destacades entre aquest document i l'europeu de 2023.

Alguns canvis a destacar serien el nou concepte de la hipertensió diastòlica aïllada o la recomanació d'abstinència total enòlica i els nous objectius de control en malaltia renal crònica.

En ambdues guies es reflecteix una oportunitat cap a un nou model de relació assistencial per incloure la no presencialitat, els altres rols professionals del sistema sanitari i les noves tecnologies. Els capítols específics del maneig de la HTA en situacions especials com el pacient VIH, la salut mental i la incontinència urinària és un punt fort de la guia de la CAMFiC, però l'ESH inclou un apartat sobre la transsexualitat molt recomanable.

INTRODUCCIÓ

Una de les característiques fonamentals de les Guies de Pràctica Clínica (GPC) orientades a una determinada patologia o factor de risc cardiovascular, com ara la Hipertensió Arterial (HTA), és que les seves recomanacions s'han de basar en la millor evidència possible. Això en algunes guies es concreta en nivells d'evidència i classes de recomanació, com en la Guia Europea de 2023. En la Guia de la Camfic, en canvi, intentem basarnos en la millor evidència possible, però sense especificar el nivell d'evidència de cada recomanació concreta, amb la intenció de fer-ne una guia més àgil i aplicable a la realitat assistencial de l'Atenció Primària (AP).

A l'AP s'atenen pacients hipertensos amb una problemàtica molt diferent de la del metge d'una Unitat Hospitalària especialitzada amb casos molt més seleccionats. Per aquest motiu, el Grup de treball en HTA de la CAMFiC va realitzar la Guia Pràctica d'hipertensió arterial per a l'atenció primària¹ en un intent d'aterrar a la nostra pràctica clínica diària catalana la GPC de la Societat Europea d'HTA (ESH) publicada el 2018². Amb l'aparició d'una nova guia europea en 2023³, ens va decidir com a grup de treball crear un nou document de consens dins del nostre grup comparant-la amb les recomanacions prèvies de l'adaptació realitzada a la CAMFiC¹, ja que amb les seves gairebé 200 pàgines i 1743 cites bibliogràfiques, l'europea de 2023³ és un tractat sobre HTA més que una GPC en sentit estricte, i a més a més tenint en compte que hi ha una gran infrarepresentació de metges treballant a l'AP entre els seus redactors.

La GPC de la CAMFiC¹, com les europees^{2,3}, disposa d'una versió breu⁴, la "Guia breu d'HTA de la CAMFiC. Resum de la Guia Pràctica d'Hipertensió Arterial per a l'Atenció Primària"; i d'un tríptic⁵ que en faciliten la lectura i implementació a la pràctica clínica, ambdós publicats ja l'any 2022, conscients de la necessitat pel metge de família de tenir un document de consulta ràpida, a part de la guia amb tota la informació detallada si se cerca conèixer més a fons un tema concret. El document breu de la guia europea⁶ no ha aparegut publicat fins aquest mes de juny de 2024 i és la primera versió curta realitzada mai d'una guia europea.

En aquest article resumirem les principals diferències entre ambdues GPC, considerant que la de la CAMFiC¹ va ser elaborada el 2021 com una adaptació de l'Europea del 2018², i des de llavors han sorgit noves evidències, reflectides a l'Europea del 2023³, i que, com és lògic poden explicar algunes diferències entre aquestes GPC.

METODOLOGIA

Dels 21 membres del grup de treball d'HTA de la CAMFiC, 16 van iniciar una revisió comparant la guia d'HTA de la CAMFiC¹ respecte a la guia europea recentment publicada³.

Es va assignar cadascun dels capítols de la guia de la CAMFiC entre els 16 membres segons la seva experiència prèvia en els temes i es va realitzar un model inicial de taula on tots els membres anaven anotant les diferències.

Aquesta taula va servir de model per a diverses discussions dins del grup de treball i un dels nostres autors va realitzar una primera versió que va ser modificada, esmenada i refeta per la resta del grup de treball.

RESULTATS

La revisió de la taula i el seu consens va anar disminuint el seu volum fins a la taula 1 on podem veure les principals diferències entre ambdós documents^{1,3}. Cal destacar especialment algunes d'aquestes diferències.

Pel que fa a l'apartat de diagnòstic i estadis inicials cal remarcar el fet d'incloure a la nova guia europea³ la definició del concepte d'HTA diastòlica (PAS<140 mmHg i PAD≥90 mmHg), la desaparició del concepte de síndrome metabòlica i l'aparició de la determinació de certs biomarcadors serològics i genètics en l'estudi inicial davant d'un nou diagnòstic.

Per altra banda, amb l'aparició de molts estudis recents^{7,8}, i en consonància amb un altre document de consens de la Societat Internacional d'HTA el mateix 2023⁹, la recomanació de consum màxima d'alcohol ha passat de ser un màxim de 20 mg/dia^{1,2} a intentar potenciar al màxim l'abstinència, sent actualment l'objectiu 0,0 per al tractament no farmacològic de la HTA.

Cal destacar que en línies generals els objectius de control de la PA han canviat parcialment (taula 2), excepte en aquelles persones amb malaltia renal crònica on la recomanació és disminuir la PA fins a 130/80 mmHg si es tolera, atenuant les diferències que hi havia entre les guies de les societats europees d'HTA^{2,3}) i la GPC del grup de treball internacional

Taula 1. Diferències principals resumides entre ambdues guies^{1,3} estructurades segons els capítols de la guia de la CAMFiC¹

CAMFiC 2021 ¹	ESH 2023 ³
Diagnòstic i cribatge	
	Aparició del concepte d'HTA diastòlica aïllada
Avaluació inicial de l'hipertens	
Objectius clars i enfocats a l'AP	Descripció més extensa de la detecció de LOD i amb la inclusió de biomarcadors serològics i genètics.
Exploració inicial i exploracions complementàries	
Incloure calcèmia, transaminases (GGT)	Interrogar disfunció erèctil, qualitat del son i roncs
ITB només si símptomes de malaltia vascular perifèrica, calcificacions vasculares o DM	ITB sistemàtic
Tractament no farmacològic	
Potassi recomanat només l'aportat des de la dieta (fruites i verdures)	Ús de substitutius com el KCl en lloc del NaCl si no se'n pot disminuir el consum
Moderar el consum d'alcohol	Moderar el consum d'alcohol, millor 0,0
Tractament farmacològic	
En HTA grau 1, l'inici del tractament farmacològic pot demorar-se fins a 3 mesos si no es compleix l'objectiu amb MEV	En HTA grau 1, es pot demorar l'inici del tractament farmacològic, però es recomana només fer-ho en el cas dels valors més propers a la PA normal-alta
Esquema terapèutic molt similar entre ambdues guies	S'afegeix la recomanació d'iniciar com a quart fàrmac la clortalidona vs diürètic tiazídic/tiazídic-like en HTA resistent amb FGE<30 mL/min
Seguiment i teleconsulta	
Esquema similar	En HTA grau 1 sense altres FRV ni LOD: seguiment bàsic anual, més complet cada 3 anys
Proposta per al seguiment integrat presencial i no presencial	Se centra més en les noves tecnologies i les possibilitats en l'empoderament del pacient en el seu propi seguiment i incloure personal no mèdic en aquest seguiment.
Urgències i emergències en HTA	
Captopril primer si no hi ha contraindicacions amb algorisme acompanyant	BCC dihidropidínics primer (poques contraindicacions i no interferències amb possibles diagnòstics d'HTA secundàries)
Concepte de "pseudourgència hipertensiva"	

Taula (segueix a la pàgina següent) ➔

Derivació a unitats especialitzades

Molt similars	S'afegeixen: - <40 anys amb HTA grau 2 o 3 - HTA d'inici sobtat o empitjorament bruscat
---------------	---

Compliment terapèutic/adherència

Molt similars, donant-hi molta importància i inclouen mesures de prevenció de l'incompliment i de millora	Prefereix el terme adherència o persistència en el tractament farmacològic
Algorisme aplicable a la HTA no controlada que inclou l'incompliment	Cribratge en la HTA resistent abans de considerar altres causes

HTA secundària

Major extensió amb quadres molt explicatius i de prevalença segons edat	Figures sobre sospita, diagnòstic i tractament d'algunes de les causes
---	--

Farmàcia comunitària i HTA

Amb participació de farmacèutics comunitaris en l'autoria	
Educació sanitària, consell farmacèutic, cribratge HTA i seguiment farmacoterapèutic	Figura del farmacèutic per a la millora de la detecció i el control

Mesura de la PA

Apartat d'estandardització més ampli	Apartat sobre la PA "no vigilada" (automesura a consulta)
--------------------------------------	---

Abreviatures: AMPA: automesura de la PA; AP: Atenció Primària; BCC: bloquejadors dels canals de calci; DM: Diabetis Mellitus; ESH: European Society of Hypertension; FGE: filtrat glomerular estimat; FRV: factors de risc vascular; HTA: hipertensió arterial; ITB: Índex Turmell-Braç; LOD: Lesions d'òrgan diana; MAPA: monitoratge ambulatori de la PA; MEV: modificacions de l'estil de vida; PA: pressió arterial.

Taula 2. Comparativa entre objectius PA segons ambdues guies^{1,3}

	CAMFiC 2021 ¹	ESH 2023 ³
Objectiu general	<140/90 mmHg No reduir PAS<120 mmHg No reduir PAD<70 mmHg	Segons grup d'edat i particularitats
18-64 anys	<130/80 mmHg <140/80 mmHg (en MRC)	130/80 mmHg No cercar valors PA<120/70 mmHg amb el tractament farmacològic
≥65 anys	130-139/70-79 mmHg	Primer objectiu: <140/80 mmHg Segon objectiu: <130/80 mmHg Si bona tolerància
≥65 anys amb HTA sistòlica aïllada	No distingeix	Primer objectiu: <140/80 mmHg Segon objectiu: <130/80 mmHg Vigilar tolerància si PAD <70 mmHg
≥80 anys o fragilitat	130-139/70-79 mmHg	PAS 140-150mmHg Individualitzar Iniciar tractament si PAS>160 mmHg, considerar el seu inici si PAS 140-159 mmHg
MRC	<140/80 mmHg	Primer objectiu: <140/90 mmHg Segon objectiu: <130/80 mmHg (joves, QAC >300, RCV elevat, si ho toleren) Evitar <120/70 mmHg

*Totes aquestes xifres es referirien a xifres de PA a consulta i desconeixem quina seria la seva relació exacta amb els valors d'Automesura de la Pressió Arterial (AMPA) i del Monitoratge Ambulatori de la PA (MAPA).

**Caldrà vigilar en tots els casos la tolerància al tractament farmacològic.

Abreviatures: ESH: European Society of Hypertension; mmHg: mil·límetres de mercuri; MRC: malaltia renal crònica; PAD: pressió arterial diastòlica; PAS: pressió arterial sistòlica; QAC: Quocient Albumina/creatina.

Taula 3. Diferències principals resumides entre ambdues guies^{1,3} estructurades segons els capítols de la guia de la CAMFiC d'HTA en situacions especials¹

CAMFiC 2021 ¹	ESH 2023 ³	CAMFiC 2021 ¹	ESH 2023 ³
VIH		Grups ètnics	
Cal parar atenció en interaccions amb antiretrovirals	Sense apartat específic	Explicació més detallada en altres ètnies a part de les d'origen africà	Hiperaldosteronisme en persones d'origen subsaharià, afrocaribeny o afroamericà (sensibilitat a la sal)
PCC		Desigualtats socials, ètniques i racisme estructural, accés a l'atenció sanitària: gravetat HTA i augment de morbiditat	
Estudis contradictoris en tractament intensiu respecte a beneficis cardiovasculars	Recomanació d'eines validades per la determinació de la fragilitat	En subsaharians: DIU i BCC més efectius que BB i IECA	
Gent gran		HTA i gènere	
Objectius de tractament (taula 2)	Considerar reducció de tractament si ≥ 80 anys amb PAS < 120 mmHg o en presència d'hipotensió ortostàtica severa o un alt nivell de fragilitat.	Apartat ampli en les dues guies	HTA prèvia a l'embaràs amb PA $< 130/80$ mmHg al primer trimestre: retirada progressiva de medicació (per evitar hipotensions segon trimestre)
	Valorar inici amb biteràpia si bona tolerància	HTA severa: PA $\geq 160/110$ mmHg	Emergència HTA: PA $\geq 170/110$ mmHg
	Estudi sistemàtic d'HTA ortostàtica	Anticonceptius orals: control PA cada 3-6 mesos	
DM		Transsexualitat: sense evidències. Control com en altres tractaments hormonal.	
Major freqüència d'HTA emmascarada i nocturna tot i bon control (utilitat del MAPA augmentada en aquests pacients)	Objectiu PA $< 130/80$ mmHg redueix esdeveniments macrovasculars, microvasculars i mortalitat.	Malaltia pulmonar obstructiva crònica	
	PAD baixa no limita el tractament per assolir objectius de PAS	Aposta més clara cap a l'ús de BB cardioselectius si hi ha indicacions específiques (CI o IC)	
BB + DIU: augment de debuts de DM	Inhibidors de SGLT2 i anàlegs de GLP1 disminueixen complicacions macro i microvasculars. Primer pas de tractament si ECV previ, LOD o múltiples FRV.	Salut mental	
	Finerenona com a protector cardiorrenal: indicada en nefropatia diabètica i albuminúria moderada-severa	Tema tractat amb profunditat i pragmatisme	No apartat específic
Malaltia cerebrovascular		Nens i adolescents	
	Descripció dels beneficis del tractament en hipertensos amb deteriorament cognitiu establert	Apartat més ampli en aquesta guia	Per consens definir HTA com: - PA \geq percentil 95 de 0 a 15 anys, - PA $\geq 140/90$ mmHg en ≥ 16 anys.
	Millor tractar amb ARA-2, BCC i DIU tiazídics per reducció de la progressió de la demència	Malaltia cardíaca	
	Important el tractament en dècades mitjanes de la vida	Apartat menys desenvolupat en aquesta guia	IC amb FE preservada: inhibidors SGLT2 HTA amb fibril·lació auricular molt detallada
MRC		IU	
Objectius de control: PA $< 140/90$ mmHg (com en ESH 2018 ²)	PA $< 130/80$ mmHg en menors de 65 anys; PA $< 140/80$ mmHg en majors de 65 anys com a primer objectiu (taula 2).	Apartat únic en aquesta guia	
Oncologia		RV	
	Apartat més ampli per l'augment de la supervivència del càncer	Crítica a l'avaluació del RV per SCORE2 o SCORE2-OP per no tenir en compte la PAD	
	Variabilitat PA o ortostatisme greu per afectació dels baroreceptors en radioteràpia o cirurgia sobre el coll	Analgèsia	
	HTA renovascular per estenosi d'artèries renals secundària a radioteràpia abdominal	Similar en ambdues guies, vigilar amb el paracetamol a dosis elevades	
		COVID19	
		Similar en ambdues guies, cal recordar que no s'ha de suspendre el tractament amb IECA o ARA2	

Abreviatures: ARA2: antagonistes dels receptors de l'angiotensina 2; BB: betablocadors; BCC: blocadors dels canals de calci; CI: Cardiopatia isquèmica; DIU: diürètics; DM: diabetis mellitus; ECV: esdeveniment cardiovascular; ESH: European Society of Hypertension; FE: fracció d'ejecció; FRV: factors de risc vascular; GLP1: sigles en anglès del pèptid similar al glucagó tipus 1; HTA: hipertensió arterial; IC: insuficiència cardíaca; LOD: lesions d'òrgan diana; MAPA: monitoratge ambulatori de la PA; mmHg: mil·límetres de mercuri; MRC: malaltia renal crònica; PA: Pressió arterial; PAD: PA diastòlica; PCC: pacient crònic complex; RV: risc vascular; SCORE2: Sigles en anglès de la segona estimació sistemàtica del risc coronari; SCORE2-OP: Sigles en anglès de la segona estimació sistemàtica del risc coronari per gent gran; SGLT2: sigles en anglès del cotransportador de sodi i glucosa tipus 2; VIH: Virus d'immunodeficiència humana.

en malaltia renal cònica¹⁰. Aquesta recomanació s'estén a tots els casos en els menors de 80 anys³, en lloc de fins als 65 que s'aconsellava prèviament^{1,2}.

Ambdues guies^{1,3} també ens parlen de la tecnologia, encara que la immensa majoria de nous dispositius no han estat validats.

Finalment, cal destacar la presència del maneig de la HTA en situacions especials habituals a l'AP (taula 3), un apartat molt menys desenvolupat a les guies europees^{2,3} on la informació molts cops es troba fragmentada entre els diferents apartats i on no hi ha informació de certes excepcionalitats com serien el pacient amb VIH, la incontinència urinària o la salut mental entre d'altres que sí que estan presents a la guia de la CAMFiC¹. La transsexualitat està únicament present en l'ESH³.

CONCLUSIONS

Les dues guies són una oportunitat en la reflexió cap a un nou model de relació assistencial on s'empodera el pacient i es valora l'ús de les noves tecnologies en el maneig i el monitoratge de la PA.

La guia de la CAMFiC¹ fa una proposta específica per a la integració de l'atenció presencial i no presencial. En canvi, l'ESH³ proposa incloure personal sanitari no mèdic en el seguiment de la HTA, destacant la importància de les mesures de la PA fora de la consulta i fent més èmfasi en l'ajuda de les noves tecnologies, tot i que ambdues guies resten a l'espera de dispositius validats.

A la llum de les evidències que han aparegut entre la publicació de les dues guies^{1,3}, creiem que l'europea³ complementa sense invalidar la de la CAMFiC¹. La guia de la CAMFiC¹ segueix sent vigent, i en alguns apartats fins i tot aporta més eines i més apartats desglossats de cara al maneig des de les consultes d'AP, tot i que caldrà fer noves adaptacions del document i la inclusió d'un nou apartat sobre la transsexualitat.

BIBLIOGRAFIA

1. Rebagliato Nadal O, Soldevila Bacardit N, Torras Borrell J, Vinyoles Bargalló E, Agudo Ugena JP, Albaladejo Blanco C, et al. Guia Pràctica d'Hipertensió Arterial per a l'Atenció Primària. Cinquena Edició. 2021 Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Disponible a: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_15024.pdf
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339. Erratum in: *Eur Heart J*. 2019 Feb 1;40(5):475. PMID: 30165516.
3. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens*. 2023 Dec 1;41(12):1874-2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480. Epub 2023 Sep 26. PMID: 37345492.
4. Torras Borrell J, Soldevila Bacardit N, Rebagliato Nadal O, Vinyoles Bargalló E, Cecilia Salgueiro M, Benítez Camps M, et al. Guia breu d'HTA de la CAMFiC. Resum de la Guia Pràctica d'Hipertensió Arterial per a l'Atenció Primària. CAMFiC, 2022. Disponible a: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_16847.pdf
5. Grup de treball d'HTA de la CAMFiC. Guia Pràctica d'Hipertensió Arterial per a l'Atenció Primària. Tríptic resum, CAMFiC 2022. Disponible a: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_15656.pdf
6. Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Muiesan ML, et al. 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur J Intern Med*. 2024 Jun 24:S0953-6205(24)00238-3. doi: 10.1016/j.ejim.2024.05.033. Epub ahead of print. PMID: 38914505.
7. Di Federico S, Filippini T, Whelton PK, Cecchini M, Iamandii I, Boriani G, Vinceti M, et al. Alcohol Intake and Blood Pressure Levels: A Dose-Response Meta-Analysis of Nonexperimental Cohort Studies. *Hypertension*. 2023 Oct;80(10):1961-1969. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21224. Epub 2023 Jul 31. PMID: 37522179; PMCID: PMC10510850.
8. Biddinger KJ, Emdin CA, Haas ME, Wang M, Hindy G, Ellinor PT, et al. Association of Habitual Alcohol Intake With Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA Netw Open*. 2022 Mar 1;5(3):e223849. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.3849. Erratum in: *JAMA Netw Open*. 2022 Apr 1;5(4):e2212024. PMID: 35333364; PMCID: PMC8956974.
9. Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, Ching SM, Neupane D, Marques FZ. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2024 Jan 1;42(1):23-49. doi: 10.1097/HJH.0000000000003563. Epub 2023 Sep 12. PMID: 37712135; PMCID: PMC10713007.
10. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024 Apr;105(4S):S117-S314. doi: 10.1016/j.kint.2023.10.018. PMID: 38490803.