

Open Acces



LA NOVA GUIA PRÀCTICA D'HIPERTENSIO ARTERIAL DE LA CAMFiC

Joan Torras Borrell¹, Núria Soldevila Bacardit², Oriol Rebagliato Nadal³, Ernest Vinyoles Bargalló², Maria Antònia Vila Coll³ i Laura Camps Vilà⁴

¹ MFiC. CAP Sant Llàtzer, Terrassa

² MFiC. CAP La Mina, Sant Adrià de Besòs

³ MFiC. CAP Gòtic, Barcelona

⁴ MFiC. CAP Plaça Catalunya, Manresa

Adreça per a correspondència:
Joan Torras Borrell
CAP Sant Llàtzer,
Carrer de la Riba,
62, 08221 Terrassa

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

INTRODUCCIÓ

El passat mes de desembre va aparèixer un nou document de la CAMFiC: la cinquena edició de la Guia pràctica d'hipertensió arterial per a l'atenció primària¹. És un document que balanceja entre dos principis: un enfocament holístic de la hipertensió arterial (HTA), tan propi de l'atenció primària (AP), i el pragmatisme que ens caracteritza com a metges i metgesses de família. És per això que conté moltes taules i figures per al seu ús ràpid, i a la vegada un text molt exhaustiu per aquell moment en què necessitem saber més i que abraça tots els aspectes de la HTA: des del cribratge i diagnòstic fins a l'abordatge no presencial, i passa així per diferents situacions especials. En aquesta revisió ens proposem fer una visió ràpida dels aspectes més destacats de la guia.

LA GUIA CAPÍTOL A CAPÍTOL

El viatge s'inicia amb el **diagnòstic i cribratge**, i recorda quina és la definició de la HTA. Aquesta va en la mateixa línia que els documents²⁻⁶ de presa de la pressió arterial (PA), que recomanen confirmar el diagnòstic d'HTA fora de la consulta i també poder classificar el fenotip hipertensiu del pacient segons la PA a dins i fora de la consulta (normotensió, HTA clínica aïllada o de bata blanca, HTA emmascarada i sostinguda) (taula 1).

A continuació es centra en l'**avaluació inicial** del pacient, on destaca que no només hem de mirar les seves xifres tensionals sinó que hem de tenir en compte el seu risc cardiovascular (RCV)

Taula 1. Fenotips hipertensius.

Taula 1.1. Fenotips hipertensius segons la pressió arterial a la consulta i ambulatoriament*		
PA clínica	< 140/90 mmHg	≥ 140/90 mmHg
MAPA 24 h, Activitat, Descans		
< 130/80 mmHg < 135/85 mmHg < 120/70 mmHg	Normotensió	HTA clínica aïllada (o de bata blanca)
≥ 130/80 mmHg ≥ 135/85 mmHg ≥ 120/70 mmHg	HTA emmascarada	Hipertensió

*Si no es disposa de MAPA, es podria realitzar AMPA i considerar com valors mitjans els 135/85 mmHg.

Figura 1. Estratificació pronòstica del risc cardiovascular absolut a 10 anys vista en comparació amb el risc basal (risc de referència poblacional), l'estadiatge i el grau de severitat i la conducta terapèutica recomanada segons les directrius europees (ESH/ESC, 2018).

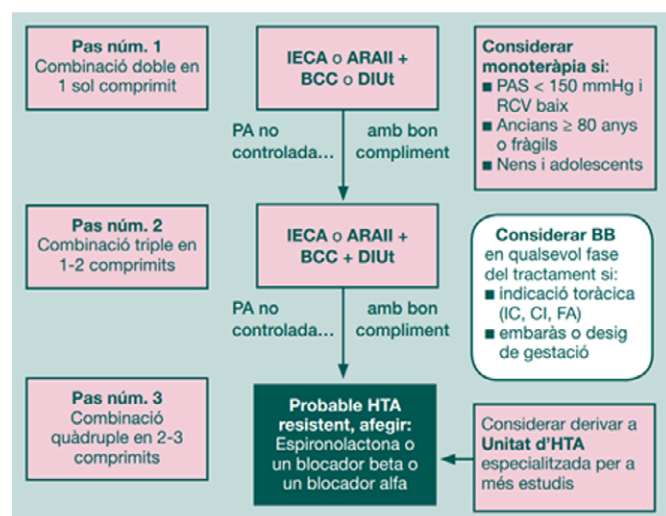
Taula 2.1. Estratificació pronòstica del risc cardiovascular absolut a 10 anys vista en comparació amb el risc basal (risc de referència poblacional), l'estadiatge i el grau de severitat i la conducta terapèutica recomanada segons les directrius europees (ESH/ESC, 2018). Font: Societat Catalana d'Hipertensió Arterial.					
Estadis Malaltia hipertensiva	Altres FRCV, LOD	Xifres de PA (mmHg)			
		Normal-alta PAS 130-139 i/o PAD 85-89	Grau 1 PAS 140-159 i/o PAD 90-99	Grau 2 PAS 160-179 i/o PAD 100-109	Grau 3 PAS ≥ 180 i/o PAD ≥ 110
Estadi 1 (no complicada)	Sense altres FRCV	Risc baix	Risc baix	Risc moderat	Risc alt
	Amb 1 o 2 FRCV	Risc baix	Risc moderat	Risc moderat-alt	Risc alt
	≥ 3 FRCV	Risc baix-moderat	Risc moderat-alt	Risc alt	Risc alt
Estadi 2 (malaltia asimptomàtica)	LOD MRC estadi 3 DM no complicada	Risc moderat-alt	Risc alt	Risc alt	Risc molt alt
Estadi 3 (malaltia establerta)	MCV establerta MRC estadi ≥ 4 DM amb complicacions	Risc molt alt	Risc molt alt	Risc molt alt	Risc molt alt

FRCV: factors de risc cardiovascular; LOD: lesió òrgan diana; PA: pressió arterial; PAS: pressió arterial sistòlica; PAD: pressió arterial diastòlica; MRC: malaltia renal crònica; DM: diabetis mellitus; MCV: malaltia cardiovascular

(figura 1). Per poder definir millor aquest risc caldrà realitzar l'**exploració inicial i les exploracions complementàries** necessàries per a descartar la possibilitat de causes secundàries i afectació d'òrgans diana. A la guia es revisen no tan sols aquelles proves bàsiques (anàlisi de sang i orina i ECG), sinó aquelles que serien d'utilitat en casos clínics concrets (ecocardiograma, radiografia de tòrax i abdomen, eco-doppler carotídi i abdominal, índex turmell-braç, proves cognitives i proves d'imatge cerebral).

Hem de recordar que el **tractament no farmacològic** és el primer pas en el tractament de la HTA i per això aquest apartat ha estat desenvolupat, específicament, pels infermers i infermeres membres del nostre grup de treball, i que han

Figura 2. Algorisme de tractament farmacològic inicial i escalada terapèutica per a la majoria de pacients hipertensos (adaptada de ESC/ESH 2018).



Abreviatures: ARA-II: antagonistes dels receptors de l'angiotensina II; BB: blocadors beta; BCC: blocadors del canal del calci; CI: cardiopatia isquèmica; DIU: diürètics tiazídics o anàlegs; IC: insuficiència cardíaca; IECA: inhibidors de l'enzim convertidor de l'angiotensina; FA: fibril·lació auricular; PA: pressió arterial; PAS: pressió arterial sistòlica; RCV: risc cardiovascular.

contribuït a fer d'aquesta guia un esforç multidisciplinari de l'atenció primària. Les modificacions de l'estil de vida són el primer punt per al bon control de la HTA i inclús per a la normalització de les xifres de PA. Per això, es repassa l'efecte que tenen sobre la PA i el RCV aquelles recomanacions amb evidència com ara la reducció de pes, la dieta (limitar el consum de sal), l'activitat física regular, l'abstinència enòlica, la supressió de l'hàbit tabaquic i altres més polèmiques com les tècniques de contenció de l'estrès o certs suplementos alimentaris, entre d'altres.

L'apartat de **tractament farmacològic** inclou adaptacions a la farmacopea del nostre país i disposa de taules de totes les medicacions, incloses combinacions fixes^{2,4}. En el nostre cas, recomanem precaució en la biteràpia inicial, sobretot en aquells hipertensos amb PAS < 150mmHg, gent gran >80 anys o amb fragilitat, antecedents d'hipotensió i nens i adolescents. D'especial interès és l'algorisme de tractament que simplifica els múltiples algorismes de la guia europea de 2018¹ (figura 2). S'ha realitzat un exhaustiu recull de les indicacions, contraindicacions i efectes adversos dels 9 grups farmacològics que es poden utilitzar en el tractament de la HTA.

Però per instaurar tractaments hem de saber on volem arribar, i per això el següent apartat de la guia (**seguiment i control**) ens parla de quins són els objectius de control, perquè si bé la guia americana del 2017 havia recomanat objectius de tractament més estrictes en tots els pacients⁷,

Taula 2. Objectius de control de la PA en pacients tractats (font: ESC/ESH 2018).

Taula 6.1. Recomanacions de control de la PA en pacients tractats
(Font: guia ESH 2018)

Grup d'edat	Recomenacions de control per a la PA sistòlica					Recomenacions de control per a la PA diastòlica
	HTA	HTA + DM	HTA + MRC	HTA + malaltia coronària	HTA + ICTUS/AIT	
18-65 anys	≤ 130* No < 120	≤ 130 No < 120	≤ 140 130-139*	≤ 130* No < 120	≤ 130* No < 120	70-79
65-79 anys	130-140	130-140	130-140	130-140	130-140	70-79
≥ 80 anys	130-140*	130-140*	130-140*	130-140*	130-140*	70-79*

*Si el pacient ho tolera.

Abreviatures: DM: diabetis mellitus; MRC: malaltia renal crònica; AIT: accident isquèmic transitori.

la majoria de les guies posteriors no han estat d'acord amb aquests postulats^{2,4-6} i la nostra guia s'ha centrat en objectius recomanats per la guia europea del 2018² (taula 2). En aquest apartat de seguiment, tampoc ens hem oblidat de repassar la periodicitat de les visites de control i com ha de ser la reavaluació de l'hipertens.

Però hem de parlar dels imprevistos, perquè sovint ens trobem amb **increments tensionals aguts** i la seva definició i abordatge constitueixen un motiu de consulta habitual als nostres centres d'atenció primària que no podem oblidar: tant l'emergència (poc freqüent i amb afectació aguda greu d'òrgans diana), com la urgència (més freqüent i abordable des de l'AP) i la pseudourgència hipertensiva (molt habitual des de l'AP i conseqüència d'una estimulació del sistema nerviós simpàtic) són entitats del nostre dia a dia (taula 3).

Cal tenir presents els **criteris de derivació a una unitat hospitalària d'HTA: conèixer la HTA resistent** i descartar pseudoresistències ens pot ajudar a millorar el control del pacient molt temps abans que el visitin en una unitat especialitzada (figura 3). Molt relacionat amb això està el **compliment terapèutic i l'adherència**, on no tan sols comptem amb allò que podem fer des dels centres sanitaris, sinó amb tot allò que poden fer des de la farmàcia comunitària. Aquí és on l'expertesa dels farmacèutics del nostre grup de treball ha tingut un pes important, com també en el capítol sobre **HTA i farmàcia comunitària**. També ells es troben a la capçalera del pacient i poden participar en el seu seguiment i cribratge compartits, tal i com ens reconeix el recent document de consens europeu de les preses de PA dins i fora de la consulta³.

Com hem dit abans, un dels objectius de l'avaluació del pacient hipertens és valorar la possibilitat que la HTA sigui en

Taula 3. Incrementos tensionals aguts.

Taula 7.1. Característiques principals dels tres tipus d'incrementos tensionals aguts (Cont.)			
	PSEUDOURGÈNCIA	URGÈNCIA	EMERGÈNCIA
Incidència	Freqüent	Baixa	Molt baixa
Afectació aguda d'òrgans diana	■ Nul·la	■ No evidència de lesió ni de progressió	■ Moderada-severa
Tractament antihipertensiu	■ No antihipertensiu. Diazepam o analgèsics	■ Via oral (captopril). Atenció Primària	■ Via parenteral. Urgències hospital
Pronòstic	Bo	Habitualment bo	Greu
Observacions	Tractament patologia de base	Compliment de la medicació	Descartar HTA secundària

*Algunes situacions associades (per exemple, HTA maligna, epistaxis, síndromes hiperadrenèrgiques, pacients descoagulats, etc.) poden ser classificades, segons la bibliografia consultada, indistintament dins de l'apartat d'urgències o d'emergències hipertensives en funció de la seva intensitat clínica.

realitat secundària a causes subjacents. Això és especialment important en individus més joves, ja que la correcció de la font primària pot implicar millores en la morbiditat futura del pacient i, aquestes, poden tenir implicacions més enllà del camp cardiovascular. És per aquest motiu, que la guia incorpora un capítol dedicat a la **HTA secundària** ja que, encara que és relativament poc freqüent (un 5-10% dels pacients hipertensos), sovint és passada per alt. No tan sols parlem de patologies, també ens trobem amb fàrmacs i altres substàncies que poden interferir en el control de la PA o ocasionar HTA pròpiament dita.

A continuació venen tres capítols seguits especialment importants, que ens parlen de com prendre la PA. Com tots sabem és un tema especialment sensible, ja que per una banda és freqüent el sobrediagnòstic i el sobretractament (per exemple aquells pacients que presenten una HTA de bata blanca) i per altra banda, ens podem trobar amb l'infradiagnòstic i l'infractament habitual en la HTA emmascarada (taula 1). Els capítols que en parlen són: **l'estandardització de la mesura de la PA, l'automesura de la PA (AMPA) i el monitoratge ambulatori de la PA (MAPA)**. Degut a la pandèmia Covid-19 vam decidir afegir un capítol destinat a **l'abordatge no presencial de la HTA**, on es treballen els avantatges i inconvenients de la teleconsulta en la HTA i també quines visites podem fer a través d'una trucada o una e-consulta, i quines d'aquelles són importants realitzar de forma presencial (figura 4).

UN CAPÍTOL PER A SITUACIONS ESPECIALS

Com a professionals de capçalera del pacient, a part de l'abordatge transversal de la HTA també ens interessa la interacció d'aquesta amb altres patologies. Pot ser que es tracti de malalties no implicades directament amb la HTA, però és important que sapiguem com interaccionen amb

Figura 3. Algorisme per descartar pseudoresistència.

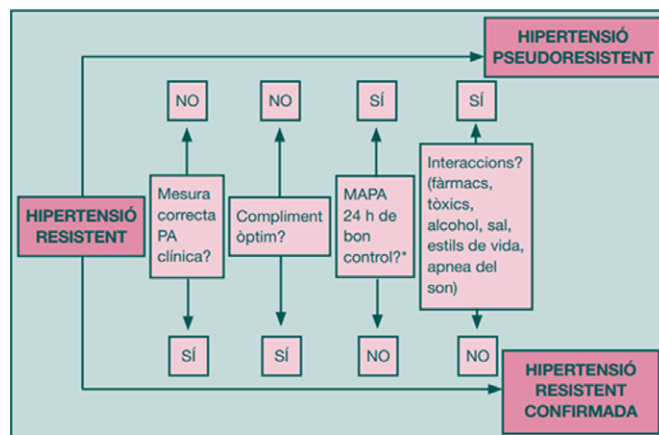


Figura 8.1. Algorisme per descartar pseudoresistència.

*Entenent bon control per MAPA quan es compleixen les tres condicions: < 130/80mmHg de 24h, < 135/85 en període activat i < 120/70 en període de descans.

aquest prevalent factor de risc cardiovascular (FRCV).

Per aquest motiu afrontem la HTA en pacients **VIH+**. Les unitats hospitalàries encarregades normalment d'aquesta patologia ja vigilen molts paràmetres analítics de RCV, com són el perfil lipídic i les glicèmies, però moltes vegades obvien més el seguiment de la HTA i és per això que també necessitem conèixer quines són les interaccions

Figura 4. Algorisme del diagnòstic, seguiment i control en l'abordatge de la HTA.

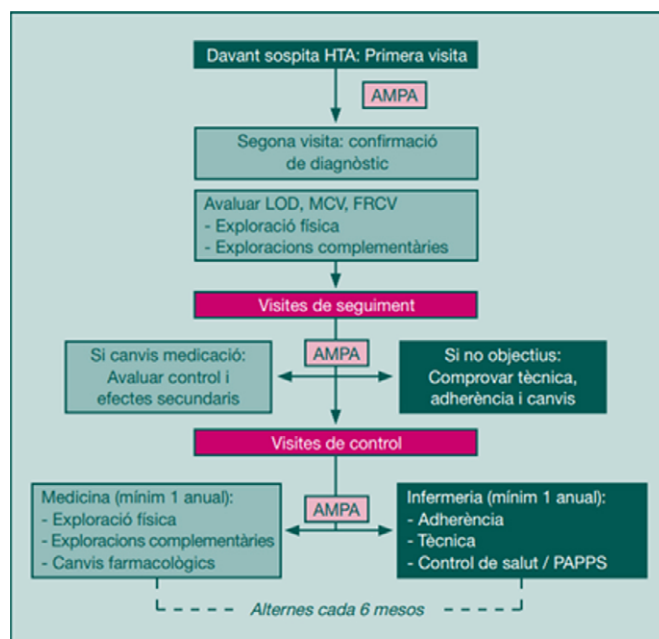


Figura 16.1. Algorisme del diagnòstic, seguiment i control en l'abordatge de la HTA.

Llegenda de colors: verd fosc, visita presencial amb infermeria; verd clar, presencial amb medicina; rosa clar, a la comunitat (domicili/farmàcia comunitària); rosa fort, visites suplementàries no presencials.

Taula 4. Proposta de derivació a Nefrologia.

Taula 15.4. Proposta de derivació a Nefrologia		
	Edat < 70 anys	Edat > 70 anys
Control semestral AP	FG estimat > 45 ml/min/1,73m ² amb QAC < 500 mg/g sense HTA resistent	FG estimat > 30 ml/min/1,73m ² QAC < 500 mg/g
Seguiment conjunt	FG estimat > 45 ml/min/1,73m ² amb quocient A/C > 500 mg/g o complicacions: HTA resistent o anèmia	
Derivació normal a Nefrologia	Hematúria o microhematúria persistents després de revisar la via urinària per urologia i proteinúria amb QAC > 500 mg/g ■ FG estimat < 45 ml/min/1,73 m ² ■ MRC 3-4 que progressi ràpidament (> 5 ml/min/1,73 m ² en un any) ■ Hb < 10 g/dL, descartades ferropènia o altres causes d'anèmia	Hematúria persistent després de ser estudiada la via urinària per urologia i proteinúria amb QAC > 500 mg/g ■ FG estimat < 30 ml/min/1,73m ² ■ QAC > 500 mg/g
Derivació preferent a Nefrologia	FG estimat < 30 ml/min/1,73m ² ■ Creatinina sèrica > 2 mg/dl ■ QAC > 2.000 mg/g ■ Empitjorament del FG (> 25%) en < 1 mes	FG estimat < 30 ml/min/1,73m ² *

*Caldrà individualitzar segons comorbiditats associades.

farmacològiques entre els antiretrovirals i els antihipertensius.

A les nostres consultes ens preocupen els **pacients pluripatològics i fràgils**, però la realitat és que els estudis tenen tendència a obviar aquesta població i repassar la poca evidència d'aquest subgrup ens pot aportar més tranquil·litat a l'hora de tractar uns pacients amb més risc de reaccions adverses, interaccions i efectes secundaris.

Hem de tenir en compte que som un país que està envellint i la HTA en **gent gran** també té el seu subcapítol, ja que ser gran no és sinònim de fragilitat i l'edat per se no contraindica el tractament antihipertensiu ni cap grup farmacològic, si no és que hi ha altres patologies associades.

La **diabetis** està freqüentment associada a la HTA. Hem de saber per exemple que hi ha més prevalença d'HTA emascarada i alteracions de la PA nocturna només identificables per MAPA en pacients diabètics, i que el tractament antihipertensiu pot tenir interaccions amb aquesta patologia. De manera inversa, alguns fàrmacs utilitzats en el tractament de la diabetis poden tenir efectes sobre la PA.

Tots sabem que la **malaltia cerebrovascular** és una afectació d'òrgan diana de la HTA, motiu pel qual és important estudiar la seva relació amb l'ictus (tant hemorràgic com isquèmic)

com a factor de risc recurrent, i també cal conèixer les relacions, encara en estudi, amb el deteriorament cognitiu.

I parlant d'òrgans diana, la **malaltia renal crònica** és una de les clàssiques afectacions secundàries a la HTA entre altres FRCV. És important parlar de la seva classificació diagnòstica, l'actitud terapèutica, les relacions entre fàrmacs antihipertensius i el filtrat glomerular i finalment els criteris de derivació a nefrologia (taula 4).

Tampoc ens podem oblidar dels **pacients oncològics**, ja que la HTA és un FRCV en aquesta població, i molts medicaments usats per al tractament del càncer poden tenir un efecte hipertenso. Cal monitoritzar la PA durant els canvis de tractament antineoplàsic i anar adaptant el tractament antihipertensiu a les necessitats que es vagin desenvolupant. Hem de vigilar amb les interaccions de molts fàrmacs antihipertensius i pels possibles efectes adversos, però en general, els inhibidors del sistema renina angiotensina i els bloquejants dels canals del calci dihidropiridínics ens poden ser molt útils. L'objectiu del tractament en aquesta població és evitar situacions potencialment greus que obliguin a una aturada de la quimioteràpia.

Cada cop ens trobem en una societat més global amb pacients provinents d'altres parts del món. Hem trobat interessant disposar a la guia de les peculiaritats de la HTA i del seu tractament en diferents **grups ètnics**, com els afroamericans, la població negra europea o persones originàries de països asiàtics, entre d'altres.

Les **dones** constitueixen el 51% de la població i presenten algunes peculiaritats que poden influenciar en la HTA (com l'ús d'anticonceptius orals, la menopausa, la gestació o el postpart). No hem d'oblidar la possibilitat que es produeixin situacions de risc vital com l'eclàmpsia. A més a més, hem de tenir en compte que certs medicaments no estan indicats si hi ha desig gestacional o gestació i s'han de conèixer per poder recomanar el tractament adequat.

El pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (**MPOC**) també constitueixen un d'aquells col·lectius que presenten freqüentment la HTA com a comorbiditat i la seva associació augmenta especialment el RCV d'aquests pacients (ja que la hipòxia es relaciona amb el sedentarisme i empitjora encara més el pronòstic cardiovascular). A més a més, és interessant repassar les interaccions i els efectes que poden ocasionar els fàrmacs indicats per cadascuna d'aquestes patologies respecte l'altra.

Encara que els pacients amb **malaltia mental** tenen una major prevalença d'HTA, en casos severos són molt difícils de tractar correctament, tant per la menor capacitat d'autocura, com per un major nombre de FRCV associats (obesitat, tabaquisme) i que condicionen una important reducció de l'esperança de vida sobre aquest subgrup de pacients. Com és freqüent en les altres comorbiditats, també cal tenir en compte els efectes

dels fàrmacs utilitzats per al tractament de la malaltia mental sobre la PA.

La HTA en **nens i adolescents** està freqüentment infra-diagnosticada, tot i ser una realitat cada cop més freqüent en el nostre medi. Relacionada amb el sobrepès i l'obesitat infantil, la ingesta d'alcohol i el sedentarisme entre d'altres, calen recomanacions específiques per a la presa de la PA a la consulta. Això també en dificulta el diagnòstic i la necessitat d'adaptar els llindars diagnòstics a l'edat encara ho complica més.

En el cas de **malaltia cardíaca** no podem oblidar que la hipertròfia de ventricle esquerre és causada directament per la HTA i que augmenta la morbiditat cardiovascular, però que és possible revertir-la amb un bon control de la PA. La hipertròfia no és l'única malaltia cardíaca a tenir en compte: la fibril·lació auricular, la cardiopatia isquèmica i la insuficiència cardíaca són malalties en les que la HTA té un paper important en el seu desenvolupament i que impliquen uns condicions farmacològics que poden cooperar en un millor control i pronòstic conjunt tant de la HTA com d'elles. Però a la guia també revisem altres situacions com la coartació aòrtica, la prevenció de la dilatació i la dissecció aòrtica, la vàlvula aòrtica bicúspide i l'estenosi aòrtica.

I encara que la **incontinència urinària** no té un efecte sobre la mortalitat, sí que interacciona amb la qualitat de vida d'una forma molt important, i repercuteix en l'abandonament d'activitats. Conèixer la relació entre la HTA i aquesta patologia tan prevalent és important, ja que alguns antihipertensius poden empitjorar o inclús produir incontinència, mentre que d'altres fàrmacs per al tractament d'aquesta poden produir HTA. A més a més, es poden fer recomanacions farmacològiques per a millorar la incontinència en pacients amb HTA.

No podem dissociar la HTA del **risc cardiovascular** i per tant hem de parlar de pacients amb diabetis, síndrome metabòlica, dislipèmies i tenir presents quan estaran indicades les estatines i la utilització d'antiagregants (en el cas de prevenció secundària).

L'**analgesia** també és un factor a tenir en compte, ja que tot-hom experimenta dolor de forma ocasional i el dolor crònic pot estar present en pacients amb HTA. Hem de vigilar el possible efecte hipertensor dels fàrmacs analgèsics i les interaccions d'aquests amb els antihipertensius.

I finalment, com no podria ser d'una altra manera, hem de parlar de la interacció entre la HTA i la **COVID-19**, que com l'edat avançada, el sexe masculí, la diabetis i els esdeveniments cardiovasculars previs, entre d'altres, serien factors de risc coneguts per aquesta pandèmia. Per altra banda, inicialment es parlava de la relació entre el tractament de fàrmacs antihipertensius blocadors del sistema renina-angiotensina, però va resultar ser una alarma teòrica plausible que no va ser corroborada en els diferents estudis. L'aturada d'aquests fàrmacs va ser

ràpidament descartada per les societats científiques del nostre àmbit.

ANNEXOS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA

Al final de la guia podreu trobar tres annexos que poden ser d'utilitat per a compartir amb els pacients:

- **El full de registre de l'AMPA del pacient:** inclou també les recomanacions de presa explicades al full de recollida de dades.
- **El full d'informació de l'AMPA pel pacient:** només les recomanacions de presa per al pacient i explicades de forma més exhaustiva, pensada més per quan els pacients no han de fer una AMPA per a la propera visita però sí per a què coneguin bé com fer les mesures de la PA a llarg termini..
- **Consells de salut específics per a les persones que facin un viatge internacional:** amb recomanacions i precaucions de cara a realitzar desplaçaments a grans distàncies i situacions especials com grans alçades o amb un clima diferent.

CONCLUSIONS

La HTA és el FRCV per excel·lència, moltes vegades el primer en aparèixer i el més freqüentment associat a altres comorbiditats i esdeveniments cardiovasculars. La medicina familiar i comunitària com a porta d'entrada del sistema i especialitat mèdica centrada en malalties d'alta prevalença ha jugat i segueix protagonitzant un paper central en totes les fases de la patologia.

No podem oblidar que hi ha moltes maneres de prendre la PA i que la realitat de la pandèmia ens ha obligat a treure molta activitat assistencial dels nostres centres. Per això, un dels punts forts d'aquesta guia és que ofereix un model per al seguiment de la pressió arterial des de la distància, indicant no només quines visites es poden fer des de la llunyania sinó aquelles que hem de fer amb la presència física del pacient.

Però a part de ser un fet transversal, la HTA també és intercurrent a moltes altres patologies, condicions i tractaments que ens trobem des d'una especialitat global com la nostra. És per això que un altre dels punts forts d'aquesta guia és la presència d'un capítol estudiant moltes aquestes realitats intercurrents i que moltes vegades no s'organitza el coneixement d'una forma tant aglutinadora com aquí es detalla.

Finalment, volem recordar que aquesta guia no és només la feina de metges i metgesses de família; sinó també de membres del col·lectiu d'infermeria i de farmacèutics comunitaris. És un fet poc freqüent en guies i documents de consens del nostre àmbit, tot i que també són "professionals de

capçalera” dels nostres pacients i creiem que això afegeix una visió encara més multidisciplinària a aquest document.

AGRAÏMENTS

A tots els autors, coordinadors, col·laboradors externs i revisors d'aquesta guia, que en realitat s'ha fet dues vegades perquè l'arribada de la pandèmia va deixar a mitges.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Grup de Treball d'Hipertensió Arterial de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Guia pràctica d'Hipertensió Arterial per a l'Atenció Primària. 5^a edició. CAMFiC. 2021. Disponible en: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_15024.pdf
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2018;36:1953-2041.
3. Stergiou GS, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, et al; European Society of Hypertension Council and the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *J Hypertens*. 2021;39(7):1293-1302. doi: 10.1097/HJH.0000000000002843. PMID: 33710173.
4. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al.. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *J Hypertens*. 2020;38(6):982-1004.
5. Jones NR, McCormack T, Constanti M, McManus RJ. Diagnosis and management of hypertension in adults: NICE guideline update 2019. *Br J Gen Pract*. 2020 Jan 30;70(691):90-91. doi: 10.3399/bjgp20X708053.
6. Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, Nakhla M, Ahmed SB, Dumanski SM, et al. Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Can J Cardiol*. 2020; 36:596-624.
7. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018;71: e13-e115.

Com citar l'article: Torras Borrell J, Soldevila Bacardit N, Rebagliato Nadal O, Vinyoles Bargalló E, Vila Coll MA, Camps Vilà L. La nova guia pràctica d'hipertensió arterial de la CAMFiC. *But At Prim Cat* 2022;40:5.