

Comentaris a la darrera **guia de maneig de la HTA de les ESH-ESC 2013**

Antoni Dalfó, Elvira Gibert, Jordi Rosinach, Mariano de la Figuera. **Grup de Treball d'HTA de la CAMFiC**

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension *J Hypertens* 2013; 31: 1281-1357

Mesura de la pressió arterial

El document recorda que no varia l'estandardització de la mesura de la PA, tant en les condicions del medi com en el pacient i l'observador, així com en la obligació d'emprar els diferents esfigmomanòmetres validats i en la necessitat de la revisió periòdica del mateixos.

Encara que continua mantenint la determinació de la PA a la consulta (PAC) com la bàsica pel diagnòstic i el seguiment, remarca en aquest cas la importància dels valors de fora de la consulta, ja siguin per l'auto mesura (AMPA) com el monitoratge (MAPA), doncs ens donen més informació.

En la **taula 1** destaquen les propostes de ambdues tècniques.

En aquest sentit és lògic asseverar que la MAPA permetrà veure el perfil de PA en el període descans, detectar valors elevats durant la son i avaluar millor la variabilitat de la PA.

Respecte la sospita de HTA de bata blanca, el grup de treball, pensa que el AMPA pot ser una primera eina, però que caldrà confirmar generalment per la MAPA.

Taula 1. Indicacions clíniques per la mesura de la PA fora de la consulta

Indicacions per AMPA o MAPA

- Sospita de HTA bata blanca
 - HTA grau 1, en la consulta
 - PA elevada en la consulta amb baix RCV i sense DOA
- Sospita de HTA emmascarada
 - PA normal alta en la consulta
 - PA normal en la consulta amb DOA o alt RCV
- Identificació de l'efecte de bata blanca en hipertensos
- Valors molt variables de PA en la mateixa o diferents visites
- Sospita d'hipotensió autonòmica, posicional, post-prandial o induïda per fàrmacs
- PAC elevada o sospita de preeclàmpsia en gestants
- Identificació de la HTA resistent verdadera

Indicacions específiques per MAPA

- Diferència marcada de la PA entre PAC i per AMPA
- Avaluació del patró activitat/descans
- Sospita de hipotensió nocturna o absència descens en període descans (SAHS, MRC o DM)
- Avaluació de la variabilitat de la PA

AMPA: automesura de la PA; MAPA: monitoratge ambulatori de la PA; RCV: risc cardiovascular; DOA: dany orgànic asimptomàtic; SAHS: síndrome de apnea, hipoapnea del son; MRC: malaltia renal crònica; D; diabetis mellitus.

Un canvi important son els criteris diagnòstic d'HTA tant en la consulta com per AMPA i MAPA que es mostren en la taula 2.

Taula 2. Definició d'HTA per PA en la consulta, AMPA o MAPA

Categoria	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PAC	≥ 140	i/o	≥ 90
PA ambulatòria			
Període activitat (generalment dia)	≥ 135	i/o	≥ 85
Període descans (generalment nit)	≥ 120	i/o	≥ 70
24 h	≥ 130	i/o	≥ 80
AMPA	≥ 135	i/o	≥ 85

PAS: pressió arterial sistòlica; PAD: pressió arterial diastòlica; AMPA: *automesura de la PA*; MAPA: *monitoratge ambulatori de la PA*.

Com a novetat en aquest document ressaltar que aquests valors són els que ens diran si una persona està o no controlada. Caldrà així que els valors estiguin per sota dels referits, tant la PAS, PAD com els valors en cada un dels períodes si es realitza una MAPA.

Avaluació afectació orgànica (afectació orgànica asimptomàtica i malaltia cardiovascular establerta o la malaltia renal)

El dany orgànic subclínic passa a denominar-se afectació orgànica asimptomàtica.

Els canvis produïts en la darrera guia respecte l'anterior (2007) es recullen a la taula 3.

Destaquen dins del diagnòstic d'hipertrofia ventricular esquerra la inclusió d'un nou criteri: RaVL >1,1mV i en el criteri de Sokolow-Lyon tornar al valor original: 3,5mV. En el cas del diagnòstic ecocardiogràfic baixen les xifres 10 i 15 g/m² per situar-les en 115 i 95 g/m² en home i dona respectivament. La Pressió del Pols (PP) $\geq$ 60 mmHg en ancians és el reflex del increment de la rigidesa arterial.

El límit de la velocitat de la ona del pols es situa a 10 m/s i finalment respecte l'afectació renal: no es té en compte la creatinina plasmàtica, sinó el filtrat glomerular (valors entre 30-60ml/min, ja que inferiors seria malaltia renal establerta i severa) i en la excreció urinària d'albúmina es destaca el límit més mnemotècnic (entre 30-300 mg/g) en orina primomatinal.

Taula 3

Guia 2013 ESH/ESC	Guia 2007 ESH/ESC
Pressió del pols (ancians) $\geq$ 60 mm Hg	Es considerava FR. No contava valor
HVE per ECG • Sokolow-Lyon > 3,5 mV • Producte de Cornell > 244 mV/ms • RaVL > 1,1 mV	HVE per ECG • Sokolow-Lyon modificat (>3,8 mV) • Ídem 2440 mm/ms • No constava
HVE per ecocardiograma • 115/95 g/m² (home/dona) Màxim risc per HVE concèntrica:IMVE incrementat amb quocient gruix paret/radi VE > 0,42	HVE per ecocardiograma • 125/110 g/m² (home/dona)

• Engruiximent paret caròtida < 0,9 mm o placa ateroma	• Ídem
• Velocitat on a puls caròtida-femoral > 10m/s	• > 12 m/s
• Índex turmell/braç < 0,9	• Ídem
• MRC amb FG 30 a 60 ml/min/1,73 m²	• FG < 60 ml/min/1,73 m² • Cp • 115-133 µgmol/l (1,3-1,5 mg/dl)home • 107-124 µgmol/l (1,2-1,4mg/dl) dona
Microalbuminúria (30–300 mg/24 h) o augment del quocient albúmina/creatinina: • (30–300 mg/g; 3.4–34 mg/mmol) preferentment mostra matutina	Microalbuminúria (30-300 mg/24 hores) o augment del quocient albúmina/creatinina: • ≥ 22 mg/g (home) • ≥ 31 mg/g (dona)

FR: factor de risc; HVE: hipertròfia ventricular esquerra; ECG: electrocardiograma; VE: ventricle esquerra; MRC: malaltia renal crònica; FG: filtrat glomerular

Respecte la malaltia cardiovascular establerta o la malaltia renal (taula 4) destacar que s'explicita la insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció conservada. En cas de malaltia renal, la disminució del filtrat glomerular per sota de 30 ml/min.

Taula 4

Guia 2013 ESH/ESC	Guia 2007 ESH/ESC
Accident cerebrovascular: isquèmic, hemorràgic i AIT)	Ídem
Malaltia coronària (IAM, angina o revascularització: angioplàstia coronària transluminal percutània o <i>by-pass</i>)	Ídem (comentava sols revascularització)

Insuficiència cardíaca, incloent quan la FE conservada	Insuficiència cardíaca
MAP simptomàtica	MAP
MRC (FG < 30 ml/min) i proteïnúria > 300 mg/24 hores	Malaltia renal: • Nefropatia diabètica • Insuficiència renal Cp • > 133 µgmol/l (1,5 mg/dl)home • > 124 µgmol/l (1,4 mg/dl)dona • Proteïnúria > 300 mg/24 hores
Retinopatia avançada: exsudats, hemorràgies, papil·ledema	Ídem

AIT: accident isquèmic transitori. FE: fracció d'ejecció; MAP: malaltia arterial perifèrica; MRC: malaltia renal crònica; FG: filtrat glomerular

Tractament

Una de les principals novetats que presenta aquesta guia és la simplificació dels objectius de tractament en la majoria de pacients hipertensos, situant-lo en valors <140/90 mmHg. Les excepcions les trobem en els pacients diabètics, en els que es recomana una diastòlica <85 mmHg i en els pacients ancians amb uns valors recomanats de sistòlica entre 140 i 150 mmHg.

Pel que fa al moment, manera i intensitat d'iniciar el tractament, continua vigent la taula present en les guies anteriors amb l'objectiu d'estratificar el risc cardiovascular global, determinat tant pels valors de PA com per la presència d'altres factors de risc cardiovascular, afectació orgànica subclínica, diabetis o qualsevol altra malaltia cardiovascular.

Pel que fa als canvis en l'estil de vida, continuen representant la base del maneig dels pacients hipertensos; tot i això és important ressaltar que no haurien de retardar l'inici del

tractament farmacològic. Un tractament que pot iniciar-se amb qualsevol dels cinc grups principals de fàrmacs antihipertensius (IECA, diürètics, β -bloquejants, antagonistes del calci, ARA-II) tant en monoteràpia com en combinació, deixant de banda la idea de l'efecte de classe i centrant-se en la pròpia reducció de la PA com a principal benefici del tractament de la HTA.

En el cas de fàrmacs concrets, la nova guia destaca la no superioritat de clortalidona o indapamida respecte hidroclorotiazida, tal i com apuntaven alguns meta-anàlisis, i la no associació entre càncer i l'ús d'ARA-II.

L'únic antihipertensiu aparegut d'ençà de la publicació de les guies del l'any 2007, l'Aliskiren, no figura en cap recomanació al no disposar-se actualment de dades de morbmortalitat cardiovascular o renal en hipertensos.

En la mateixa línia que la guia anterior, s'aconsella iniciar tractament farmacològic combinat en pacients d'elevat risc cardiovascular o xifres de PA molt elevades. Les noves recomanacions en aquest sentit provenen de la publicació dels grans assajos clínics realitzats en els últims anys.

1. Es desaconsella la combinació de dos antagonistes del sistema renina-angiotensina, IECA + ARA-II o algun dels anteriors juntament amb un inhibidor de la renina (ONTARGET i ALTITUDE).
2. Menor efectivitat de la combinació de β -bloquejadors i diürètics respecte ARA-II+ diürètics o IECA+antagonistes del calci (assenyalat en alguns estudis, però no tots).
3. Superioritat de la combinació IECA+antagonistes del calci respecte IECA+diürètic (ACCOMPLISH).

En aquesta nova guia també s'hi inclouen recomanacions per a pacients amb situacions especials d'HTA, com són la HTA de bata blanca, HTA emmascarada i HTA resistent.

En el primer dels casos es recomana canvis en l'estil de vida i controls freqüents mitjançant monitorització ambulatoria de la PA, reservant el tractament farmacològic només en els pacients elevat risc de lesions d'òrgans diana. Per contra, en els pacients amb HTA emmascarada els canvis d'estil de vida i el tractament farmacològic hauria de ser immediat pel risc que comporta.

Atenció especial mereix la HTA resistent. Aquesta és definida com una PA >140/90 mmHg en tractament amb tres o més fàrmacs, éssent un d'ells un diürètic, i adequades mesures higienico-dietètiques. En aquests casos s'ha de contemplar l'opció del quart fàrmac com espironolactona 25 mg/dia o doxazosina. A més, per primera vegada apareixen alternatives

al tractament farmacològic com ara l'estimulació del sinus carotidi o la denervació de les artèries renals mitjançant radiofreqüència. Tot i això, l'absència de dades sobre seguretat, eficàcia a llarg termini i la falta d'evidència sobre la morbidimortalitat, fan que la guia sigui molt prudent a l'hora de valorar aquestes tècniques invasives, fet que resulta coherent a causa de la reduïda mida dels estudis clínics del quals es disposa.

Pel que fa al tractament dels factors de risc cardiovascular, la guia recomana:

1. La utilització d'estatines per assolir l'objectiu de control establert en funció del risc cardiovascular individual.
2. En hipertensos diabètics $HbA1c < 7\%$, acceptant valors de 7,5-8% en pacients amb la malaltia avançada, ancians, dèbils o problemes d'autocontrol.
3. Antiagregants únicament indicats en prevenció secundària.