



Documento de posicionamiento de Sociedades Científicas

El manejo del riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso y la mejora del cumplimiento con tratamientos combinados a dosis fijas

Estas recomendaciones están basadas en las Guías de la ESH-ESC “2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC).” que se publicarán el próximo mes de Junio de 2007 en el *Journal of Hypertension* y en el *European Heart Journal*.

El riesgo cardiovascular global

Durante mucho tiempo las Guías de hipertensión, como otras dentro del campo de la patología vascular, se habían focalizado en el manejo de la presión arterial como el único parámetro que determinaba la necesidad y el tipo de tratamiento a seguir. Sin embargo, ese concepto ha ido evolucionando y en la actualidad el diagnóstico el manejo de la hipertensión se debe relacionar con la cuantificación del riesgo cardiovascular global. Esto es así porque tan sólo una pequeña parte de la población hipertensa muestra elevación aislada de la presión arterial, teniendo la gran mayoría presencia de varios factores de riesgo cardiovascular asociados. La presencia de estos factores de riesgo asociados hace que el riesgo global del paciente sea aún mayor que simplemente el riesgo que representaría la suma de cada factor de riesgo aisladamente. Lo que sí es claro es que los individuos del alto riesgo, entre los que se encuentran aquellos con 3 o más factores de riesgo asociados (Tabla 1, Tabla 2 y Tabla 3), se han de manejar con estrategias que conducen al control integral del riesgo cardiovascular (inicio de tratamiento farmacológico, uso de combinaciones, necesidad de una estatina y otros fármacos no antihipertensivos) y objetivos de tratamiento distintos a los pacientes con riesgo más bajo.

Tabla 1: Cálculo de riesgo en función de las cifras de presión arterial y el número o tipo de factores de riesgo.

Other Risk Factors, OD or Disease	Blood Pressure (mmHg)				
	Normal SBP 120-129 or DBP 80-84	High Normal SBP 130-139 or DBP 85-89	Grade 1 HT SBP 140-159 or DBP 90-99	Grade 2 HT SBP 160-179 or DBP 100-109	Grade 3 HT SBP ≥ 180 or DBP ≥ 110
No other risk factors	Average risk	Average risk	Low added risk	Moderate added risk	High added risk
1-2 risk factors	Low added risk	Low added risk	Moderate added risk	Moderate added risk	Very high added risk
3 or more Risk Factors, MS, OD or Diabetes	Moderate added risk	High added risk	High added risk	High added risk	Very high added risk
Established CV or renal disease	Very high added risk	Very high added risk	Very high added risk	Very high added risk	Very high added risk

Tabla 2: Factores que influyen en el pronóstico.

Risk factors	Subclinical Organ Damage
<ul style="list-style-type: none"> • Systolic and diastolic BP levels • Levels of pulse pressure (in the elderly) • Age (M < 55 years; W > 65 years) • Smoking • Dyslipidaemia <ul style="list-style-type: none"> - TC > 5.0 mmol/l (190 mg/dl) or: - LDL-C > 3.0 mmol/l (115 mg/dl) or: - HDL-C: M < 1.0 mmol/l (40 mg/dl), W < 1.2mmol/l (46 mg/dl) or: - TG > 1.7 mmol/l (150 mg/dl) • Fasting plasma glucose 5.6-6.9 mmol/L (102-125 mg/dl) • Abnormal glucose tolerance test • Abdominal obesity (Waist circumference > 102 cm (M), > 88 cm (W)) • Family history of premature CV disease (M at age < 55 years; W at age < 65 years) 	<ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiographic LVH (Sokolow-Lyon > 38 mm; Cornell > 2440 mm*ms) or: • Echocardiographic LVH^o (LVMI M ≥ 125 g/m², W ≥ 110 g/m²) • Carotid wall thickening (IMT > 0.9 mm) or plaque • Carotid-femoral pulse wave velocity >12 m/sec • Ankle/Brachial BP index < 0.9 • Slight increase in plasma creatinine: M: 115-133 μmol/l (1.3-1.5 mg/dl); W: 107-124 μmol/l (1.2-1.4 mg/dl) • Low estimated glomerular filtration rate[†] (< 60 ml/min/1.73m²) or creatinine clearance^o (< 60 ml/min) • Microalbuminuria 30-300 mg/24h or albumin-creatinine ratio: ≥ 17 (M); or ≥ 25(W) mg/g creatinine
Diabetes Mellitus	Established CV or renal disease
<ul style="list-style-type: none"> • Fasting plasma glucose ≥ 7.0 mmol/l (126 mg/dl) or repeated measurement or: • Postload plasma glucose > 11.0 mmol/l (198 mg/dl) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cerebrovascular disease: ischaemic stroke; cerebral haemorrhage; transient ischaemic attack • Heart disease: myocardial infarction; angina; coronary revascularization; heart failure • Renal disease: diabetic nephropathy; renal impairment (serum creatinine M > 133, W > 124 mmol/l); proteinuria (> 300 mg/24h) • Peripheral artery disease • Advanced retinopathy:
<p>Note: the cluster of three out of 5 risk factors among abdominal obesity, altered fasting plasma glucose, BP ≥ 130/85mmHg, low HDL-cholesterol and high TG (as defined above) indicates the presence of metabolic syndrome</p>	

Legend

M: men; W: women; CV: cardiovascular disease; IMT: intima-media thickness; BP: blood pressure; TG: triglycerides;

C: cholesterol; \diamond Cockcroft Gault formula; \dagger MDRD formula; ^o Risk maximal for concentric LVH (left ventricular hypertrophy): increased LVMI (left ventricular mass index) with a wall thickness/radius ratio ≥ 0.42

Tabla 3: *Pacientes de riesgo alto/muy alto*

- BP \geq 180 mmHg systolic and/or \geq 110 mmHg diastolic
- Systolic BP $>$ 160 mmHg with low diastolic BP ($<$ 70 mmHg)
- Diabetes mellitus
- Metabolic syndrome
- \geq 3 cardiovascular Risk factors
- One or more of the following subclinical organ damages:
 - Electrocardiographic (particularly with strain) or echocardiographic (particularly concentric) left ventricular hypertrophy
 - Ultrasound evidence of carotid artery wall thickening or plaque
 - Increased arterial stiffness
 - Slight increase in serum creatinine
 - Reduced estimated glomerular filtration rate or creatinine clearance
 - Microalbuminuria or proteinuria
- Established cardiovascular or renal disease

Necesidad de actuar en la prevención de la enfermedad cardiovascular

A la hora de plantearnos la prevención de la enfermedad cardiovascular se debe utilizar la estimación del cálculo del riesgo total del paciente. Se ha establecido un dintel de riesgo alto del 20% de tener un evento cardiovascular en 10 años, siendo muy alto cuando rebasa el 30%. En estos sujetos es donde sería primordial la máxima reducción inmediata del riesgo cardiovascular.

En definitiva, en el paciente hipertenso de riesgo alto, el objetivo primario del tratamiento es conseguir la máxima reducción del riesgo de la enfermedad cardiovascular a largo plazo. Esto requiere tanto el tratamiento de la elevación las cifras de presión arterial como de todos los factores de riesgo reversibles asociados.

Hipertensión y dislipemia.

De forma clásica se reconoce que la suma de trastornos de la presión arterial (PA) y los trastornos del colesterol suponen 2/3 del riesgo cardiovascular global. Por tanto, la corrección simultánea de la PA y de los lípidos debe conseguir un efecto favorable sobre el control del riesgo cardiovascular global. La intervención con estatinas como agentes hipolipemiantes ha demostrado ser efectiva en la prevención de los eventos cardiovasculares y cerebrovasculares tanto en pacientes hipertensos como normotensos.

Recientemente en estudio ASCOT ha demostrado evidencias que extienden el conocimiento sobre la necesidad de usar estatinas a dosis bajas en el paciente hipertenso

con riesgo cardiovascular alto. Así lo reconocen estas guías: Parece razonable considerar el tratamiento con estatinas, y en particular atorvastatina a dosis de 10 mg, en los pacientes hipertensos sin enfermedad cardiovascular que tienen un riesgo estimado de sufrir un evento cardiovascular a 10 años $\geq 20\%$, o riesgo de muerte cardiovascular $\geq 5\%$ según el modelo del SCORE. Este hallazgo es muy relevante ya que hasta la fecha nadie consideraba tratar con un hipolipemiante a pacientes hipertensos sin hipercolesterolemia por mucho que su riesgo cardiovascular fuese alto.

Además una reciente publicación (Sever *et al.*, *Eur Heart J* 2006;27:2982-2989), que no ha podido ser recogida en las guías por su reciente publicación, demuestra la posible existencia de efecto sinérgico entre amlodipino y atorvastatina. Todo ello hace razonable la utilización de la terapia combinada de amlodipino (5 ó 10 mg) y atorvastatina (10 mg) en el paciente hipertenso de riesgo alto. Es evidente que la hipercolesterolemia con aumento del LDL-c podría requerir dosis superiores a 10 mg de atorvastatina que impedirían el uso de la combinación fija inicialmente contemplada para su utilización de acuerdo a la indicación aprobada en España. Sin embargo, esto no debería ser una traba para beneficiar al resto de pacientes hipertensos de riesgo alto sin hipercolesterolemia con una combinación a dosis fijas.

Necesidad de terapia combinada y de su mantenimiento a largo plazo.

Las guías europeas reconocen la necesidad de terapia combinada e integral en el paciente hipertenso de riesgo alto, y así mismo reconocen las ventajas que para el cumplimiento y adherencia a largo plazo tiene el que el número de comprimidos sea el más bajo posible. Por tanto, las guías reconocen también las ventajas que ofrecen las combinaciones a dosis fijas en este sentido. En este sentido, aunque las dosis fijas de los medicamentos combinados puedan entenderse como una limitación de la flexibilidad de la estrategia de tratamiento, el uso de combinaciones de dos fármacos a dosis fijas simplifica el tratamiento en favor de la mejora del cumplimiento.

Sería por tanto adecuado que para garantizar el beneficio que han demostrado las evidencias del ASCOT se contara con un medicamento que combinara amlodipino las dos dosis de 5 y 10 mg con atorvastatina a la dosis de 10 mg.

En definitiva, podemos concluir que en base a las nuevas recomendaciones de las Guías Europeas del manejo de la hipertensión, la enfermedad cardiovascular ha de entenderse como una entidad influenciada por un conjunto de factores de riesgo que han de ser manejados en su conjunto para poder tener mayor éxito en la minimización de sus consecuencias. Actuar de forma preventiva lo antes posible es una excelente inversión de futuro para nuestros pacientes de mayor riesgo y el sistema sanitario, especialmente en los pacientes de mayor riesgo. Potenciar la utilización de todas aquellas estrategias que tiendan a mejorar en estos pacientes el cumplimiento con el tratamiento, como son las combinaciones fijas de distintos fármacos, garantizará que los resultados finales sean más próximos a la realidad que nos muestra la evidencia de los ensayos clínicos controlados.

Firmado por:



Dr. Luis Miguel Ruilope, Presidente de la SEH-LELHA y miembro redactor de las ESH-ESC 2007 Guidelines




Dr. Luis Alonso-Pulpón, Presidente de la SEC



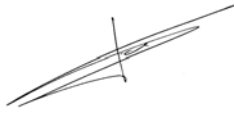
Dr. José Luis Zamorano, miembro del comité de guías de la ESC y revisor de las ESH-ESC 2007 Guidelines



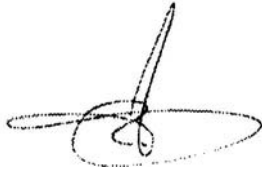
Dr. Vicente Bertomeu, Presidente de la sección SEC-HTA y revisor de las ESH-ESC 2007 Guidelines



Dr. Josep Redón, miembro de la SEH-LELHA y revisor de las ESH-ESC 2007 Guidelines



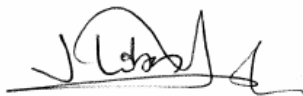
Dr. Julio Zarco, Presidente de SEMERGEN



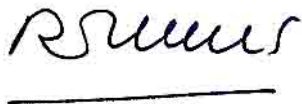
Dr. José Manuel Solla Camino, presidente de la SEMG



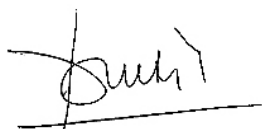
Dr. Luís Aguilera, Presidente de SEMFyC



Dr. José María Lobos Bejarano, coordinador del Grupo de trabajo de Enfermedades Cardiovasculares de SEMFyC



Dr. Ramón Gomis, presidente de la Sociedad Española de Diabetes



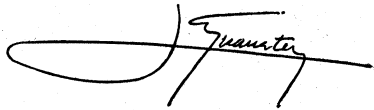
Dr. Ramón Pujol, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna



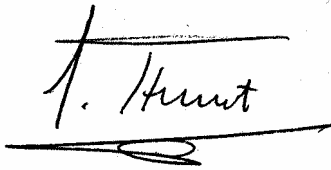
Dr. Angel Luis Martín De Francisco, presidente de la S. Española de Nefrología



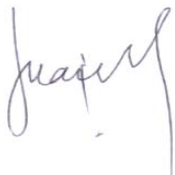
Dr. Pedro González Santos , presidente de la S. Española de Arteriosclerosis



Dr. José Ramón Juanatey, Jefe de Servicio del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, en representación de la SEC



Dr. Jesús Honorato, Jefe de Servicio de Farmacología Clínica, Clínica Universitaria de Navarra



Dr. Juan Tamargo, Catedrático de Farmacología , Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.