

EL Boletín

Nº 2 - FEBRERO 2007

de Hipertensión y Riesgo Vascular

ÍNDICE Tribuna

Dr. Miguel Ángel Prieto
Pág. 2

Opinión del experto

Dr. Pedro Cía
Pág. 3-4



El boletín informa

Pág. 5

Nuestro invitado

Dr. Julio Zarco
Pág. 6-7

Buzón abierto

Dr. Alberto Galgo
Pág. 8

Agenda

Pág. 9



Terapia combinada en pacientes de riesgo vascular

En nuestro primer número del Boletín de Hipertensión y Riesgo Vascular, iniciábamos la sección El Debate del Boletín con la pregunta: "¿Generalmente inicia el tratamiento del hipertenso de riesgo con combinaciones farmacológicas?". Un 65% de profesionales sanitarios que respondieron a la encuesta, se manifestó a favor de terapia combinada en el hipertenso de riesgo. Los estudios más

importantes realizados en los últimos años (los sucesivos Controlares, Prescap, Prevencat), muestran que el grado de control ha pasado del 13% en 1995 hasta el 38,8% en 2003, con unas cifras de terapia combinada en estos mismos años que ha aumentado del 28 al 42%, un poco lejos aún de los datos de nuestra modesta encuesta...

(Continúa en Tribuna)

SOCIEDADES AUTONÓMICAS DE HTA Y RV PARTICIPANTES



Sociedad Andaluza de HTA y RV
www.sahta.com



Sociedad Aragonesa de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular



Sociedad Asturiana de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular
www.sahrva.com



Sociedad Balear de Hipertensión



Sociedad Canaria de HTA y RV
www.socanariahta.org



Sociedad Cantabra de HTA
www.schta.org



Sociedad Castellano-Manchega de HTA



Sociedad Castellano-Leonesa de HTA



Societat Catalana d'Hipertensió Arterial
www.scathta.org



Sociedad Extremeña de Hipertensión Arterial



Sociedad Gallega de Hipertensión



Sociedad Riojana de HTA y RV
www.srhta-rv.org



Sociedad Madrileña de Hipertensión
www.somha.org



Sociedad Murciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular
www.smuhta.org



Sociedad Navarra de Hipertensión
www.sonahta.com



Sociedad Valenciana de HTA y Riesgo Cardiovascular
www.svhta.com



Sociedad de Hipertensión Arterial y RCV del País Vasco - EUSTEN
www.eusten.org



Sociedad Vasca de HTA
www.sovashta.org

EL Boletín

Director de la revista

Dr. José Abellán

Comité Editorial:

Dr. Miguel Ángel Prieto

Dr. Gregorio Tiberio

Dr. Tomás Sánchez

Consejo Editorial

■ Sociedad Andaluza de HTA y RV
Dr. José Ramón Carmona

■ Sociedad Aragonesa de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular
Dr. Pedro Cía

■ Sociedad Asturiana de Hipertensión y Riesgo Vascular
Dr. Miguel Ángel Prieto

■ Sociedad Balear de Hipertensión
Dr. Fernando García Romanos

■ Sociedad Canaria de HTA y RV
Dr. Benito Maceira

■ Sociedad Cántabra de HTA
Dr. Saturnino Sanz de Castro

■ Sociedad Castellano-Leonesa de HTA
Dr. Najaty Suliman

■ Sociedad Castellano-Manchega de HTA
Dr. Juan Antonio Divisón

■ Societat Catalana d'Hipertensió Arterial
Dr. Alejandro Roca-Cusachs

■ Sociedad Extremeña de Hipertensión Arterial
Dr. Nicolás Roberto Robles Pérez-Monteoliva

■ Sociedad Gallega de Hipertensión
Dra. Ana Moya

■ Sociedad Madrileña de Hipertensión
Dr. Manuel Luque Otero

■ Sociedad Navarra de Hipertensión
Dr. Gregorio Tiberio López

■ Sociedad Murciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular
Dr. José Abellán Alemán

■ Sociedad Riojana de HTA y RV
Dr. Ángel Sánchez Casajús

■ Sociedad Valenciana de HTA y Riesgo Cardiovascular
Dr. Tomás Sánchez

■ Sociedad de Hipertensión Arterial y RCV del País Vasco-EUSTEN
Dr. Jesús Morán

■ Sociedad Vasca de HTA
Dr. Julen Ocharan

Una de las causas de este pobre grado de control lo encontramos en la ineficacia de la monoterapia según queda demostrado en gran parte de los últimos ensayos clínicos, donde sólo un 30% de pacientes alcanza un aceptable grado de control.

Los hipertensos que atendemos a diario, son de alto o muy alto riesgo vascular, como se pone de manifiesto en estudios como el Diorisc (61%), Controlrisk (60% en hipertensos atendidos en atención primaria y 75% en atención especializada). Todos sabemos de la dificultad para alcanzar cifras objetivo con un solo fármaco en estos pacientes, así como en aquéllos cuyas cifras de PA se sitúan en un grado 3.

Por otra parte, otros estudios nos indican que muchos de nuestros pacientes (60%) no cumplen el tratamiento farmacológico, existiendo correlación entre el número de comprimidos y el grado de cumplimiento terapéutico, siendo éste mayor si el tratamiento antihipertensivo se realiza de forma combinada de dos fármacos en un solo comprimido.

El JNC en su séptimo informe, nos indicaba la necesidad de iniciar el tratamiento antihipertensivo con terapia combinada no sólo en pacientes de riesgo, sino cuando el objetivo de cifras de presión arterial era superior a 20/10 mmHg respecto a los valores objetivo (140/90 mmHg en población general y 130/80 mmHg en diabetes). Asimismo, tanto el JNC, como las Guías de ESH/ESC coinciden en la utilización de fármacos que aseguren un periodo de acción de 24 horas (índice T/P cercano a la unidad), así como la utilización de terapia combinada, pues además de mejorar el cumplimiento (otra de las causas del pobre grado de control), se consigue una mayor tasa de respondedores, tienen mejor perfil de tolerabilidad con menos efectos secundarios por utilizar fármacos a dosis menores que en monoterapia, y especialmente, tienen una eficacia hipertensiva mayor por la acción sinérgica de los fármacos, lo que permite controlar a un mayor número de pacientes.

Por tanto, de acuerdo a estas recomendaciones recogidas en las principales guías, se recomienda el inicio de terapia combinada cuando la PA es 160 y/o 100 mmHg, ó 150 y/o 90 mmHg en hipertensos diabéticos o pacientes con enfermedad cardiovascular. Los pacientes con proteinuria y valores de PA 145 y/o 85 mmHg, asimismo, se beneficiarían de la terapia combinada. Otra indicación aconsejable para la terapia combinada, es el paciente con riesgo cardiovascular alto o muy alto que precise de un más rápido control de sus cifras de PA.



Dr. Miguel Ángel Prieto
Médico de Atención Primaria, C. S. Vallabín (Asturias)



Sociedad Asturiana de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular

TRIBUNA

Síndrome Metabólico



Dr. Pedro Cia
Hospital Clínico
Universitario Lozano
Blesa (Zaragoza)

INTRODUCCIÓN

La asociación de hipertensión arterial esencial y resistencia aumentada a la insulina con sus consecuencias metabólicas, como son las alteraciones del metabolismo lipídico y glucídico ha sido una observación habitual durante los últimos años en la práctica clínica.

A finales de los años 80, Reaven denominó síndrome "X" a la asociación de resistencia aumentada a la insulina, hiperinsulinemia tolerancia a la glucosa oral alterada, hipertrigliceridemia, disminución de la concentración de colesterol HDL e hipertensión arterial.

Posteriormente se han ido identificado otras alteraciones que pueden asociarse a las anteriormente indicadas, como son la obesidad central, la disfunción endotelial, la presencia de microalbuminuria, marcadores de estado protrombótico y proinflamatorio, hiperuricemia e incluso la posibilidad de hígado graso no alcohólico.

Este conjunto de alteraciones metabólicas y circulatorias (aunque no todas ellas estén siempre presentes) se conoce como síndrome metabólico, y se ha identificado como un síndrome que genera aumento de riesgo vascular. Así, según el NAHNES III fue mayor la prevalencia de enfermedad coronaria en los mayores de 50 años con síndrome metabólico que en los diabéticos.

Entre los hipertensos sin enfermedad cardiovascular, n=1742 pacientes, seguidos durante más de 4 años, Schillaci y colaboradores encuentran que la presencia en dichos pacientes de síndrome metabólico casi duplica el riesgo cardiovascular.

PREVALENCIA

Estos datos hacen que debamos prestar muy especial atención a estos pacientes, teniendo en cuenta además que su prevalencia resulta también importante, ya que de diversos estudios europeos y españoles se puede deducir que se encuentra en un 10 a 20% de la población adulta, pero esta proporción aumenta si se estudia su prevalencia sobre población hipertensa. En el caso de EEUU la prevalencia suele estar entorno al 25% de las personas que pasan de los 20 años de edad.

DIAGNÓSTICO

Tabla 1.- Criterios de diagnóstico del síndrome metabólico según el NCEP, 2003 y la Federación Internacional de Diabetes (IDF), 2005.

N.C.E.P., 2003 Se requiere la presencia de 3 ó más de los criterios siguientes:	I.D.F., 2005 Se requiere la presencia de obesidad central
<i>Glucemia plasmática en ayunas</i> ≥ 110 mg/dL <i>Presión arterial</i> ≥ 130/85 mmHg. <i>Trigliceridemia</i> ≥ 150 mg/dL <i>Colesterol- HDL</i> < 40 mg/dL (varones) < 50 mg/dL (mujeres) <i>Obesidad central:</i> Perímetro de cintura > 120 (varones) > 88 (mujeres)	<i>En europeos perímetro de cintura</i> ≥ 94 (varones) ≥ 80 (mujeres) y 2 o más de los criterios siguientes: <i>Glucemia plasmática en ayunas</i> ≥ 100 mg/dL o intolerancia oral a la Glucosa o Diabetes previa <i>Presión arterial</i> ≥ 130/85 mmHg. o tratamiento de la misma <i>Trigliceridemia</i> ≥ 150 mg/dL o tratamiento de la misma <i>Colesterol- HDL</i> < 40 mg/dL (varones) < 50 mg/dL (mujeres) o tratamiento del mismo

TRATAMIENTO

Tabla 2. Tratamiento del síndrome metabólico.

- * Medidas higiénico-dietéticas
- * Inhibidores de HMG-CoA reductasa
Beneficio incluso con col-LDL <130 y < 100
- * Fibratos: considerar si TG >200
objetivo: TG <150
- * Glitazonas: beneficio demostrado en DM tipo 2
conseguir HbA1C <6,5
- * Antihipertensivos
IECA o ARA-2
Objetivo PA <130/85
- * Antiagregantes plaquetarios
- * Antagonistas de receptores cannabinoides CB1

Un trimestre muy intenso



2ª JORNADAS SOBRE SÍNDROME METABÓLICO Y DIABETES MELLITUS TIPO 2

El pasado 29 y 30 de septiembre se celebraron en Alicante las 2ª Jornadas sobre Síndrome

Metabólico y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). En ellas participaron casi 150 inscritos entre personal médico y de enfermería, dando un gran dinamismo a unas Jornadas ya de por sí con gran interés científico al abordar un tema de alta prevalencia en nuestras consultas tanto de atención primaria como hospitalaria.



Sociedad Balear de Hipertensión

PRESENTACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO VASCULAR DE ILLES BALEARS

El pasado 3 de Noviembre de 2.006 tuvo lugar en Palma de Mallorca la presentación oficial de la "Sociedad de Hipertensión y Riesgo Vascular de Illes Balears", (S.O.H.I.B.), que contribuye a completar el mapa autonómico de SEH-LELHA, y por tanto, a facilitar la difusión de sus proyectos, cursos y directrices a nivel regional. Asimismo, se pretende

enriquecer al resto de Comunidades Autónomas con las aportaciones de la Sociedad recién creada, estando entre sus intenciones el participar activamente en la preparación y desarrollo de los encuentros nacionales.



Sociedad Extremeña de Hipertensión Arterial

PRESENTACIÓN DE LAS GUÍAS CLÍNICAS

La SEHTA ha creado su primera edición de Guías de Práctica Clínica sobre Enfermedades Cardiovasculares buscando un instrumento sencillo y práctico que pueda ser utilizado con facilidad en la consulta médica.

Se han realizado seis guías: dislipemias, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca. Además entre otras actividades se ha puesto en marcha el estudio

con el objetivo de responder a cuestiones de prevalencia tanto de factores de riesgo como de enfermedades clínicas evaluando durante un periodo de 10 años la aparición de eventos cardiovasculares en la población seleccionada con lo que podamos conocer no sólo la incidencia de estas enfermedades sino su pronóstico.

Entre las actividades del congreso de la Sociedad Extremeña de HTA se organizaron distintos talleres entre los que destacó especialmente el taller Hipertensión y Diabetes tanto por su repercusión como por la excelente acogida entre los participantes.



Sociedad Murciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular

XVIII JORNADAS MURCIANAS SOBRE HTA

Del 30 de Noviembre al 2 de diciembre se han desarrollado en el marco de la Universidad Católica de Murcia las XVIII Jornadas Murcianas sobre HTA que han contado con una asistencia de unos 200 médicos y 100 enfermeros. Han estado divididas en tres sesiones.

En la primera se ha seleccionado el caso clínico "HTA severa con nefroangioesclerosis: tratamiento y evolución a largo plazo" que representará a la SMUHTA y RCV en la final nacional del próximo Congreso de la SEHLELHA de Sevilla. En la segunda sesión destacó una Mesa Redonda sobre "Actualización en el control del RCV" en la que intervinieron los Dres, J. Abellán, G. Tiberio y

T. Sánchez, donde se coincidió en la conveniencia de incorporar a la práctica clínica nuevos marcadores que informen de estados precoces de lesiones vasculares u orgánicas, así como de utilizar tratamientos más eficaces y tablas más adecuadas a nuestra población para el cálculo del RCV.



La tercera sesión estuvo planteada con talleres sobre ictus, AMPA/índice tobillo-brazo, control del hipertenso diabético, el cual abordó nuevos enfoques para el futuro con los resultados del estudio ADVANCE.



Sociedad Andaluza de HTA y RV

EL CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE HTA

Celebrado en Chiclana de la Frontera los días 3 y 4 de noviembre destacó tanto por el alto nivel de participación como por el alto nivel de las ponencias. Entre las diferentes mesas la titulada: "Controversias en el control de la HTA" a cargo de la Dra. Suarez y el Dr. Márquez desató un especial interés por los resultados de un estudio americano en el que se evalúan en más de

57.000 muertes las que se podrían evitar con un control adecuado de la PA y de la diabetes, en este sentido ambos ponentes propusieron armas suficientes para mejorar el control desde una mayor observación del tratamiento a un mayor uso de las combinaciones para aumentar la tasa de control en nuestro país.

Por lo demás, tuvimos la oportunidad de saborear un buen vino de la tierra (muy beneficioso desde el punto de vista cardiovascular) así como de disfrutar de un tiempo magnífico como es habitual en esta zona de Andalucía.



Sociedad Riojana de HTA y RV

1ª REUNIÓN DE ENFERMERÍA, LOGROÑO 14 DE MARZO



Societat Catalana d'Hipertensió Arterial

CONGRESO CATALÁN DE HTA: NUEVAS GUÍAS DE TRATAMIENTO

Entre las múltiples actividades del pasado congreso catalán de HTA celebrado en Barcelona, destacamos

la presentación de las nuevas guías de tratamiento, que fieles a su formato de bolsillo original, se han convertido en una referencia muy utilizada por los médicos de Cataluña.




III CONGRESO DE LA SOCIEDAD ASTURIANA DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO VASCULAR

Durante el último trimestre se han realizado, con gran éxito de participación, talleres sobre el manejo del Ictus en Atención Primaria, la insuficiencia Cardíaca, la relación entre hipertensión y obesidad, la identificación de lesión de órgano diana, sobre deshabituación tabáquica y el V Taller de Hipertensión Arterial para residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que se consolida con un alto nivel científico y un gran número de participantes, pero la actividad más importante realizada, tanto por su nivel científico como por el gran número de inscritos fue la realización del III Congreso de la Sociedad Asturiana de Hipertensión y Riesgo Vascular celebrado en Oviedo los pasados días 14, 15 y 16 de diciembre en el Auditorio Príncipe Felipe.

Una de las actividades más interesantes, además de las mesas redondas organizadas, fueron las jornadas abiertas con una masiva participación por parte de la población dirigidas a determinar factores de riesgo además de sensibilizar sobre aspectos tan importantes como la alimentación cardiosaludable.



Mesa: Manejo integral FRCV




ACTIVIDADES 2º SEMESTRE SOCIEDAD CÁNTABRA HTA Mesa de Primavera (Junio): Obesidad y HTA.

Dres. Basilio Moreno, Gonzalo Zúñiga y Dra. Gema Fernández Fresnedo que abordaron su prevención, tratamiento médico y los beneficios cardiovasculares en la experiencia del Hospital Valdecilla tras la cirugía bariátrica.


V Simposium de la Sociedad Cántabra de HTA (Octubre)

Este año dedicado a prevención global de la HTA y posibilidades dietéticas del hipertenso con la participación de los Dres. Alex de la Sierra, Fernández de Vega y Abellán Alemán acompañados de Jesús Sánchez, prestigioso cocinero cántabro.




SOCIEDAD MADRILEÑA DE HIPERTENSIÓN Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Durante el segundo semestre de 2006, la SOMHA ha patrocinado un estudio en la Comunidad de Madrid cuyo objetivo principal era establecer la tasa de hipertrofia ventricular izquierda en el hipertenso tratado en asistencia primaria, y evaluar el efecto de este diagnóstico sobre la estimación del riesgo cardiovascular. En el estudio, autorizado por un CEIC, participaron más de 100 médicos de la CAM que seleccionaron a los pacientes consecutivamente para evitar al máximo los sesgos en la muestra. Se incluyeron 706 pacientes (395 mujeres y 311 varones, edad 67+9 años) y la presión arterial (PA) estaba controlada en el 57,2% (11,9% en los 135 diabéticos). En todos ellos, se realizó ECG y ecocardiograma. Según el diagnóstico marcado por el médico, sólo el 4,9% presentaban HVI. Sin embargo, al examinar los complejos del ECG, se observó una prevalencia de HVI del 11,5% por uno o ambos criterios. En el ECO, utilizando la masa ventricular izquierda indexada por el índice de masa corporal (IMVI-IMC), la prevalencia de HVI fue del 40,5% (IC 95% 36,5-44,5) para un punto de corte de 125 g/m² en ambos sexos, y del 56,4% (52,4-62,4) aplicando los criterios de ESH/ESC 2003 (puntos de corte >125 g/m² en varones y >110 g/m² en mujeres). En conclusión, la prevalencia de HVI puede estar, pues, muy infradiagnosticada en la práctica clínica habitual, y únicamente una correcta evaluación del ECG, y realizar ECO, puede mejorar mucho la valoración de riesgo cardiovascular. Según las tablas de ESH/ESC 2003 tenían riesgo alto y muy alto el 45,8%, porcentaje que al considerar la ECO subió hasta el 59,1% (p<0.001).




TALLER " DIABETES Y SÍNDROME METABÓLICO. DECISIONES CLÍNICAS EN AP" 30 de noviembre de 2006




REUNIÓN ANUAL, 1 de junio de 2006

Hospital San Jorge (Edificio A planta baja). Huesca

Conferenciante: Dr. J. Díez (Pamplona)



IV JORNADAS DE LA SONAHTA



REUNIÓN DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE HTA

Durante los días 27 y 28 de noviembre tuvo lugar en Vigo la reunión de la Sociedad Gallega de HTA con una participación masiva.

Entre las distintas mesas cabe destacar la titulada "Controversias de riesgo" con una amplia participación y donde se puso de manifiesto la necesidad de estrategias basadas en combinaciones fijas para conseguir mejorar el control destacando como referencia el estudio STRATHE. En éste se comparan las distintas estrategias recomendadas por las guías donde se observa que la estrategia basada en una combinación de perindopril e indapamida frente a estrategia aditiva y secuencial, normaliza más pacientes con un mejor perfil de tolerancia.



¿Quiénes somos, de dónde venimos y a dónde vamos?

SEMERGEN surge en el año 1973 a partir de médicos rurales. En la actualidad, la sociedad aglutina a más de 10.000 médicos de AP, desde médicos generales, de familia e incluso otras especialidades. En estos momentos SEMERGEN se plantea dos objetivos de desarrollo fundamentales, que son, facilitar la reorientación del actual modelo sanitario y el establecimiento de un desarrollo profesional en el ámbito de la Atención Primaria.

Como sociedad científica debemos velar por la excelencia clínica y profesional del colectivo al que representamos, por ello debemos dar un servicio a los médicos de AP que facilite la excelencia profesional. La generación de herramientas de autoevaluación y el constante desarrollo profesional, llevarán implícitos la habilitación para el ejercicio profesional en las mejores condiciones. A esto se une la creación de una Red de Investigación, priorizando dos líneas de trabajo: una en el área cardiovascular, y la otra en salud mental.

Importancia de los médicos de Atención Primaria para el control de la hipertensión.

Debido a la alta prevalencia e incidencia de hipertensión en las consultas de AP, y la gran morbi-mortalidad de esta patología se hace necesario que el médico de AP posea las suficientes destrezas y habilidades en el manejo de dichos pacientes. En este sentido, debemos considerar la HTA en muchos casos, no sólo como un cuadro clínico aislado, sino contemplado en la integrabilidad de un paciente polipatológico y, en muchas ocasiones polimedcado. De ello se deriva que el abordaje no debe realizarse a la enfermedad en sí, sino al paciente que entre otros cuadros presenta una hipertensión arterial.

El médico de AP debe realizar una labor crucial, preventiva, de promoción de la salud, y de educación sanitaria, que facilite hábitos saludables en la población. Debido a esta multidimensionalidad del paciente hipertenso, la HTA debe abordarse desde múltiples enfoques, y para ello la Atención Primaria, debido a su inmediatez, accesibilidad,

ENTREVISTA A **Dr. Julio Zarco** Presidente de la SEMERGEN

integrabilidad y sostenibilidad, es el medio más adecuado.

¿Qué papel desempeña Semergen en el mundo de la hipertensión y de los factores de riesgo cardiovascular?

SEMERGEN realiza una importante labor en el área cardiovascular desde hace muchos años. Desde hace dos años se ha producido una reestructuración de los grupos de trabajo de la sociedad, donde bajo el área de cardiovascular se aglutinan los grupos de trabajo de HTA, Diabetes, Lípidos, Vasculopatías y Nutrición. Desde estos grupos, y desde el área cardiovascular se potencia la investigación y la formación médica a los profesionales de Atención Primaria. De la misma manera que se procede a la realización de actividades preventivas y de sensibilización a la población.

Esta estructura de área y grupos de trabajo da sentido al abordaje integral de los factores de riesgo cardiovascular. En esta línea es de destacar el importante esfuerzo de consenso que se está realizando entre los distintos grupos del área cardiovascular, para elaborar estrategias de abordaje clínico y terapéutico de los factores de riesgo cardiovascular. Resultado de ello es la elaboración de documentos de referencia de SEMERGEN para los médicos de Atención Primaria. Por ello, quiero agradecer y felicitar desde aquí, a todos los miembros de estos grupos de trabajo, y del área cardiovascular, por la importante labor que están desempeñando.

Relación de los médicos de atención primaria con las otras especialidades que tratan la hipertensión

Desde hace dos años, desde la Junta Directiva

Nacional de SEMERGEN se está realizando un importante esfuerzo de acercamiento a otras sociedades médicas con las que compartimos objetivos comunes. Producto de ello es la firma de convenios de colaboración para el desarrollo de estrategias conjuntas de investigación y de formación, así como la elaboración de documentos de consenso clínico asistenciales.

Esta labor nos ha llevado a una gran proximidad con la Sociedad Española de Hipertensión, destacando y agradeciendo las grandes facilidades que nos ha dado el Dr. Ruilope, Presidente de dicha Sociedad, para que pudiera llevarse a cabo este encuentro. De la misma manera, se ha procedido con la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Diabetes, a establecer este tipo de acuerdos. Con esta última se ha desarrollado unas Jornadas Nacionales que este año 2007 verán su segunda edición.

¿Cómo estamos haciendo las cosas en España en el control del riesgo cardiovascular?

Entre los años 2005 y 2006, SEMERGEN ha realizado en todo el territorio nacional una prueba de evaluación clínica, objetiva y estructurada (ECO) entre los médicos de Atención Primaria de más de 5 años de ejercicio profesional. De este estudio se deduce que existen aún grandes deficiencias en la formación del médico de Atención Primaria en la estratificación y prevención del riesgo cardiovascular.

Además, son varios los estudios que demuestran el deficiente control del paciente con riesgo cardiovascular elevado en el ámbito de la Atención Primaria. Todo ello hace concluir que aún son muchas las áreas de mejora en este sentido.

PUNTO y aparte

Defínase en pocas palabras

Persona entusiasta, atrevida y trasgresora. Nada rencorosa y muy afectiva y con sentido del humor. Persona poco disciplinada y muy visceral, con alguna tendencia a la dispersión... ¿de qué hablábamos?...

De no haber sido médico ¿qué le hubiera gustado ser?

Filósofo

¿Una ciudad?

Madrid y Roma

¿Un músico?

Peter Tchaikovsky

¿Un hecho histórico?

La muerte de Sócrates

¿Un sitio para perderse?

Santo Domingo de Silos

¿Una comida (sin sal claro)?

La pasta sin salsas ni añadidos

¿Una bebida?

La cerveza

¿Lo que menos le gusta?

La hipocresía, la falta de compromiso y la apatía.

¿A quién admira?

Ramón y Cajal, y Gregorio Marañón en lo médico. Hermann Hesse y Hemingway en lo literario.

¿Qué le gustaría que le dijera Dios cuando muera?

Ha sido una buena persona.

¿Qué características debe reunir una buena combinación de fármacos antihipertensivos?

SOMHA

El mayor beneficio de las asociaciones de fármacos antihipertensivos es el aumento de la probabilidad de obtener los objetivos de control de presión arterial (PA), propuestos al paciente. En monoterapia sólo podremos conseguir el control en menos del 50% de los pacientes. Esto es esperable para todas las familias de fármacos antihipertensivos disponibles, más allá de la utópica idea de conseguir con un solo fármaco un control óptimo en la mayoría de nuestros pacientes.

La mayoría de hipertensos precisarán para su control más de un fármaco por dos razones fisiopatológicas: el origen multifactorial de la hipertensión arterial (HTA) que implica la alteración de distintos sistemas fisiológicos que elevan la PA y la existencia de factores compensadores a la acción de un solo fármaco,

En la práctica clínica actual, la superación de la inercia terapéutica, en mi opinión en gran parte causada por la incorrecta utilización de la terapia secuencial, y un "uso racional" de combinaciones de fármacos antihipertensivos permitiría optimizar los niveles de control sin lugar a dudas, así, una terapia correctamente combinada puede conseguir teóricamente el 80-85% de control tensional, y en consecuencia una mayor reducción de la morbimortalidad de la población hipertensa atendida.

Una buena asociación de fármacos antihipertensivos debe basarse en la sinergia de los fármacos combinados, obteniendo una efectividad antihipertensiva superior a los fármacos por separado.

La utilización de fármacos con distintos mecanismos de acción pero complementarios, debe conseguir unas tasas de respuesta más elevadas, una mayor rapidez en conseguir el control de la PA (hecho importante a la luz de datos recientes), y por último una mayor protección de los órganos diana.

Por otra parte, una correcta utilización de dosis bajas/medias en la combinación debe permitir una reducción de los efectos secundarios (ES) dosis dependientes de fármacos que precisan

titulación a dosis altas para conseguir el mayor beneficio en monoterapia, pero manteniendo la efectividad en la reducción de la PA esperable en una buena combinación de fármacos.

Las asociaciones fijas de fármacos deben aportar ventajas adicionales: a) presentar una dosificación apropiada basada en estudios factoriales de dosis-respuesta previos con fármacos de reconocida eficacia; b) una eficacia y seguridad de la combinación bien documentadas; c) estudios de protección adecuada de órganos diana de la combinación, y además, deben presentar una mejora en la tolerabilidad frente a los componentes por separado, que no interfiera con la mejora del cumplimiento aportada por la reducción de dosis diarias que permiten las combinaciones fijas (preferiblemente deben permitir una sola dosis diaria) pero manteniendo un control de 24 horas de la PA contrastado.

Sin embargo, las combinaciones fijas pueden presentar dificultades de manejo ante la aparición de ES inespecíficos o interacciones que no puedan ser atribuidos claramente a uno de los componentes, por lo que el médico debe estar familiarizado previamente con el uso de los fármacos empleados en la combinación.

En definitiva, las combinaciones de fármacos son fundamentales para optimizar el tratamiento farmacológico actual de la HTA, reuniendo las características apropiadas referidas para conseguir la mejor asociación posible de acuerdo al perfil individualizado de patología concomitante, lesiones de órgano diana y respuesta individual a tratamientos previos de cada hipertenso, sin embargo es muy probable que, de acuerdo con N.M. Kaplan, lo más lógico sea asociar un inhibidor del sistema renina angiotensina (IECA o ARA II), un diurético a bajas dosis, y un calcioantagonista adecuado para conseguir optimizar el control de la PA en una gran parte de casos.

Alberto Galgo Nafría.

Junta Directiva Sociedad Madrileña de HTA y FRCV (SOMHA)

EL DEBATE DEL BOLETÍN

DEBATE

Estás invitado a participar

► **Pregunta**
del mes



¿Qué grupo de antihipertensivos es más eficaz?

Diuréticos/BB/CaA/BSRA/Todos por igual/Ns-Nc

¿Qué cifras de PA utiliza para diagnosticar HTA en el paciente diabético?

130/80; 135/85; 130/85; 140/90

Enviar la respuesta a www.seh-lilha.org/pregunta.aspx



Sociedad Asturiana de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular

Están previstas las siguientes actividades pendientes de fechas:

Taller de Abordaje al Paciente Diabético

Taller de Insuficiencia Renal Crónica

Taller de Deshabitación del hábito tabáquico

Taller de Insuficiencia Cardíaca

Taller de Fondo de Ojo en el Hipertenso y Diabético

VI Premio a Casos Clínicos en Hipertensión Arterial

Taller de Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial

Taller de Riesgo Cardio-metabólico cardiovascular"

Sociedad Balear de Hipertensión

Casos Clínicos en HTA
2 de febrero de 2007.

Reunión científica:
"Microalbuminuria como factor de riesgo cardiovascular"
27 de febrero de 2007

Día Balear de Riesgo Vascular
1ª quincena de mayo

Sociedad Castellano-Manchega de HTA

IV Congreso de la Sociedad Castellano-Manchega de HTA
Cuenca, 9 al 11 de febrero de 2007

Sociedad Murciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular

3ª Conferencia Internacional Mediterránea sobre Riesgo Cardiovascular.
Murcia, 27 y 28 de abril de 2007

Sociedad Valenciana de HTA y Riesgo Cardiovascular

XVI Jornadas de la Sociedad Valenciana de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular.
Castellón, 15 al 17 de febrero de 2007

Sociedad de Hipertensión Arterial y RCV del País Vasco-EUSTEN

V Jornada de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular del País Vasco
Bilbao, 1 al 3 de febrero de 2007

Sociedad Vasca de HTA

Taller: Síndrome Metabólico ¿Realidad o ficción?
Álava, 1 de febrero de 2007.

IX Reunión de la Sociedad Vasca de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular SOVASHTA.
Vitoria, 2 de febrero de 2007.

Proyecto ICTUS SEHLELHA- Sociedades Autonómicas de HTA

Se trata de un estudio dividido en tres fases para conocer cómo están atendidos y cuál es el verdadero control de los pacientes con ictus en España y de los AIT.

Las distintas Sociedades Autonómicas agrupadas entorno a la SEHLELHA han puesto en marcha un ambicioso proyecto para el que desde aquí pedimos vuestra colaboración.

El proyecto BRAND tiene por finalidad describir el riesgo cardiovascular global en un paciente tan complicado como el hipertenso diabético en un total de 4.000 pacientes distribuidos por todo el estado español, en los que se evaluará no sólo el grado de control de los factores de riesgo coexistente en esta población sino también su grado de seguimiento.

Objetivos:

1. Prevalencia de comorbilidad en la diabetes
2. Prevalencia de afectación de la función renal
3. Grado de control de los factores de riesgo asociados
4. Perfil clínico-epidemiológico de los pacientes



Preterax®

PERINDROPIL 2 mg + INDAPAMIDA 0,625 mg

Bipreterax®

PERINDROPIL 4 mg + INDAPAMIDA 1,25 mg



PR 0711 BL2M 02/07
Solicitado soporte válido el 17-05-06