

Nº 3 - OCTUBRE 2007

ÍNDICE

Tribuna

Dr. José Abellán Alemán
 Pág. 1-4

Opinión del experto

Dr. Alejandro de la Sierra Iserte
 Pág. 5



Nuestro invitado

Dr. Vicente Bertomeu Martínez
 Pág. 6

Buzón abierto

Dr. Fernando García Romanos
 Pág. 7

Agenda

Pág. 8



GUÍAS EUROPEAS PARA EL CONTROL DE LA HTA 2007

Las Sociedades Europeas de Hipertensión Arterial y de Cardiología han publicado recientemente las nuevas guías europeas de hipertensión arterial 2007 actualizando las recomendaciones sobre la atención al paciente hipertenso.

Definición y clasificación de la hipertensión arterial

Se mantiene la definición y clasificación de la hipertensión arterial en 3 niveles (leve,

moderada y grave) y la definición de hipertensión sistólica aislada. Sin embargo, se considera que no se debería emplear el término de prehipertensión, sino mantener el de presión arterial normal y presión arterial normal-alta, pues el riesgo de desarrollar hipertensión es mayor en los individuos con presión arterial normal-alta (130-139/85-89 mm Hg) que en aquéllos con presión arterial normal (120-129/80-84mm Hg). Además las intervenciones en estos individuos deben ser

(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 Cantábriga 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 Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular
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 Alemán

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 División
- Societat Catalana d' Hipertensió Arterial
Dr. Alejandro de la Sierra Iserte
- Sociedad Extremeña de Hipertensión Arterial
Dr. Nicolás Roberto Robles Pérez-Monteoliva
- Sociedad Gallega de Hipertensión
Dra. Ana Moya
- Sociedad Madrileña de Hipertensión
Dra. Nieves Martell
- 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

diferentes y vendrán matizadas por la presencia de otras enfermedades coincidentes, la edad, etc.

Valoración del paciente según su RCV

Las guías europeas del 2003 introdujeron la idea de establecer una valoración pronóstica y terapéutica del hipertenso en función de su RCV. Una vez que se comprueba el nivel tensional del paciente, debe detectarse si hay indicadores de afectación orgánica, la coexistencia de otros factores de RCV, y la presencia de enfermedades coincidentes cardiovasculares o no. Así la HTA pasa a ser un componente más del RCV y lleva a la idea de tratar a los pacientes según su RCV global. Este planteamiento que supuso un avance en el modo de atender a los pacientes hipertensos, no fue explícitamente recogido en el 7º Informe del JNC tal vez por reforzar la importancia de la propia hipertensión como factor de RCV. Las guías de 2007 mantienen esta valoración tal como la adelantaron en la anterior versión, realizando una aproximación multifactorial al hipertenso, e intensificando los controles y las recomendaciones terapéuticas conforme aumentase el riesgo cardiovascular.

Las diferencias más significativas en la estratificación del riesgo han sido incluir la presencia de síndrome metabólico (que confiere al paciente hipertenso un riesgo elevado) y aumentar el nivel de riesgo en aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular o enfermedad renal establecida y una presión arterial sistólica entre 120-129 mm Hg y 130-139 mm Hg y/o una diastólica de 80-84 mm Hg y 85-89 mm Hg.

En las guías de 2007, existen algunas diferencias con respecto a las de 2003 en la relación de factores de RCV. Desaparece la proteína C reactiva como factor de riesgo y se hacen más estrictos los límites para el colesterol total y colesterol LDL. Además se añaden como factores de riesgo cardiovasculares, los niveles de triglicéridos elevados, la presión de pulso en ancianos, la glucosa plasmática en ayunas entre 102-125 mg/dl y una prueba anormal de tolerancia a la glucosa. Asimismo, define la obesidad abdominal con un perímetro abdominal >102 cm en varones y >88 cm en mujeres. Por otra parte, se mantiene la misma definición de diabetes, y como ya se comentó antes, se añade la presencia de síndrome metabólico.

Respecto a la lesión de órgano diana, se añaden la determinación de la velocidad onda de pulso carotídeo-femoral (>12 m/s), el índice tobillo/brazo (<0,9) y la disminución del filtrado glomerular estimado (<60 ml/min/1,73m²). En cambio, no hay diferencias sobre las enfermedades clínicas asociadas.

Exploraciones complementarias

Se refuerza la importancia de la detección de las lesiones de órgano diana. En cuanto a la exploración física, se insiste en la búsqueda de soplos carotídeos y sobre todo, valorar la presencia de obesidad abdominal mediante la medición del perímetro abdominal.

Como pruebas recomendadas se incluye la determinación de la proteína C reactiva, la ecografía femoral y la microalbuminuria (que pasa a ser una prueba de rutina). La fundoscopia se reserva para hipertensos severos, y se añaden como pruebas de rutina la determinación del colesterol LDL, el aclaramiento estimado de creatinina

**Dr. José Abellán Alemán**

Presidente de la Sociedad Murciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular



Sociedad Murciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular

TRIBUNA

Tratamiento del hipertenso según su RCV.

Otros FRCV y antecedentes de enfermedad	Normal PAS 120- 129 o PAD 80- 84 mmHg	Normal- elevada PAS 130- 139 o PAD 85- 89 mmHg	Grado 1 PAS 140- 159 o PAD 90- 99 mmHg	Grado 2 PAS 160- 179 o PAD 100- 109 mmHg	Grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 100 mmHg
Sin otros factores de riesgo	No intervención sobre PA	No intervención sobre PA	Cambios en estilo de vida durante varios meses y si no control PA, farmacoterapia	Cambios en estilo de vida durante varias semanas y si no control PA, farmacoterapia	Cambios en estilo de vida y farmacoterapia inmediata
Uno o dos factores de riesgo	Cambios en estilo de vida	Cambios en estilo de vida	Cambios en estilo de vida durante varias semanas y si no control PA, farmacoterapia	Cambios en estilo de vida durante varias semanas y si no control PA, farmacoterapia	Cambios en estilo de vida y farmacoterapia inmediata
≥ 3 FRCV o LOD o SM	Cambios en estilo de vida	Cambios en estilo de vida y considerar farmacoterapia	Cambios en estilo de vida y farmacoterapia	Cambios en estilo de vida y farmacoterapia	Cambios en estilo de vida y farmacoterapia inmediata
Diabetes	Cambios en estilo de vida	Cambios en estilo de vida y farmacoterapia			
Enfermedad cardiovascular o renal establecida	Cambios en estilo de vida y farmacoterapia inmediata	Cambios en estilo de vida y farmacoterapia inmediata	Cambios en estilo de vida y farmacoterapia inmediata	Cambios en estilo de vida y farmacoterapia inmediata	Cambios en estilo de vida y farmacoterapia inmediata

(fórmula Cockcroft-Gault) o tasa de filtrado glomerular (fórmula MDRD). Se recomienda realizar la prueba de tolerancia a la glucosa (si glucosa plasmática en ayunas >100 mg/dl), el índice tobillo-brazo, la automonitorización de la presión arterial y la monitorización ambulatoria de 24 horas y la medida de la velocidad de onda de pulso (en aquellos centros donde sea posible). Además de la detección de las lesiones subclínicas, debe realizarse un seguimiento de las mismas. Por ejemplo, se puede medir la microalbuminuria varias veces al año, por su rápida respuesta al tratamiento y por lo accesible de esta determinación, o en el caso de la hipertrofia ventricular izquierda, cada 1 ó 2 años.

Actitud terapéutica

La actitud terapéutica en el paciente hipertenso dependerá del nivel de riesgo que éste tenga. En general, el esquema de indicación de tratamiento es similar al anterior pero más intervencionista. Así, en pacientes con presión arterial sistólica entre 130-139 mm Hg o diastólica entre 85-89 mm Hg con un riesgo cardiovascular moderado, no sólo se deben iniciar los cambios en el estilo de vida, sino que se puede considerar iniciar el tratamiento farmacológico. Asimismo, en pacientes con hipertensión arterial grados 1 y 2 y riesgo moderado, se señala que la monitorización debe ser de varias semanas y no a los 3 meses. Lo mismo sucede con los hipertensos grados 1 y 2 con riesgo bajo, en donde la monitorización debe ser a varios meses. Además, se añade la presencia de síndrome metabólico en la estratificación de riesgo intensificando la intervención en estos pacientes.

Se señala la importancia de intervenir en individuos jóvenes con FRCV, que aunque por su edad tengan un RCV global bajo, potencialmente pueden empeorar su perfil de riesgo

posteriormente. Se hace necesario iniciar medidas higiénico-dietéticas, y en su caso, tratamiento farmacológico, para mejorar el perfil de riesgo y prevenir el desarrollo de complicaciones.

El objetivo ha de ser reducir la presión arterial al menos <140/90 mm Hg, hasta valores tan bajos como sean tolerados y <130/80 mm Hg en diabéticos. Sin embargo, como novedad más significativa las guías de 2007 establecen también un objetivo <130/80 mm Hg en pacientes de riesgo alto o muy alto, como aquéllos que tienen alguna condición clínica asociada (ictus, infarto de miocardio, insuficiencia renal, proteinuria).

Se refuerza la importancia que tiene el tratamiento no farmacológico y dadas las dificultades que entraña su seguimiento a largo plazo por los pacientes, se recomiendan unos controles más frecuentes y asesoramiento por parte de técnicos. Se mantiene la libre elección de cualquier fármaco antihipertensivo entre los 5 grupos (diuréticos tiazídicos, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [IECA], antagonistas de los receptores de angiotensina II [ARA II] y β-bloqueantes) para el inicio y el mantenimiento del tratamiento de la hipertensión arterial, solos o en combinación, pero destacan también que los β-bloqueantes, especialmente en combinación con los diuréticos tiazídicos, no deberían ser utilizados en pacientes con síndrome metabólico o con elevado riesgo de desarrollar diabetes. Disminuye la importancia del coste de los fármacos, siendo más importante que el coste, la eficacia, la tolerabilidad y la protección del paciente. Al mismo tiempo, aparecen como nuevos supuestos que los pacientes con lesiones de órgano diana subclínicas, enfermedad clínica cardiovascular, enfermedad renal o diabetes pueden ser más favorablemente tratados con ciertos fármacos. Finalmente, en las guías de

2007 se enfatiza la necesidad de prestar una atención continua a los efectos adversos de la medicación, ya que son la causa más frecuente de inobseverancia.

Como principales novedades, se añade la indicación de los calcioantagonistas dihidropiridínicos en la hipertrofia ventricular izquierda y la hipertensión en población de color. En los IECA se añade la hipertrofia ventricular izquierda, la aterosclerosis carotídea, la fibrilación auricular y el síndrome metabólico y en los ARA II se añade la insuficiencia cardiaca, el post-infarto de miocardio, la fibrilación auricular y el síndrome metabólico. Con respecto a las guías de 2003, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica pasa de contraindicación clara a posible con los β -bloqueantes y en cuanto a los diuréticos tiazídicos aparecen como posibles contraindicaciones el síndrome metabólico y la intolerancia a la glucosa. También destaca como posible contraindicación con los β -bloqueantes el síndrome metabólico y en el caso de los IECA, el edema angioneurótico como contraindicación absoluta.

Una de las aportaciones más relevantes es el mayor refuerzo que se hace a la terapia combinada frente a la monoterapia. Sólo un limitado número de pacientes alcanzan los objetivos de presión arterial con monoterapia, por lo que el empleo de más de un fármaco es necesario en la mayoría de los pacientes, existiendo actualmente numerosas combinaciones efectivas y bien toleradas. Además, las combinaciones fijas de dos fármacos pueden simplificar el tratamiento y favorecer el cumplimiento.

Se especifica explícitamente cuáles son los pacientes en los que se puede empezar con monoterapia y en cuáles se

debería comenzar con terapia combinada. El tratamiento inicial puede ser con monoterapia o con la combinación de dos fármacos a bajas dosis con un posterior aumento en el número de fármacos o en las dosis según necesidades. La monoterapia podría ser el tratamiento inicial en la hipertensión leve con un riesgo cardiovascular bajo o moderado. En cambio, la combinación de dos fármacos a bajas dosis se debería preferir como primer escalón cuando la presión arterial inicial es de grado 2 ó 3 o el riesgo cardiovascular total es alto o muy alto. Por otra parte, en muchos pacientes el control de presión arterial no se consigue con dos fármacos y se necesitan la combinación de 3 ó más fármacos. En hipertensos no complicados y en los ancianos el tratamiento se debería iniciar de forma gradual. En los pacientes de mayor riesgo, habría que alcanzar el objetivo de presión arterial más rápido, lo que favorecería la terapia inicial combinada y un más rápido ajuste de dosis.

Conclusiones

Como novedades más significativas de las guías europeas de 2007 de hipertensión arterial debe resaltarse:

- Inclusión del Síndrome Metabólico en la estratificación de riesgo .
- Reforzar la búsqueda de lesión orgánica.
- Establecer criterios más estrictos de la presión arterial en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida.
- Establecer de elección la terapia combinada en pacientes de alto RCV.

José Abellán Alemán



Se nos ha ido un amigo

La desaparición de Manolo Luque de entre nosotros nos hace sentir un profundo dolor por el amigo que se nos fue. Hombre amable, con un sentido de humor fino, querido por todos. Las reuniones de hipertensión no van a ser las mismas sin su presencia. Sus intervenciones, su fino ingenio para vislumbrar la situación más atinada. Luchó con todas sus fuerzas por posicionarse a la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial y luego a la Sociedad Española de Hipertensión en un lugar digno, compaginando la importancia de su vertiente científica con la popular. Trabajador infatigable, en la clínica, en la docencia, en la investigación. Inasequible al desaliento, ha apoyado y prestado ayuda a muchos grupos que querían iniciarse en la investigación cardiovascular. Ha participado en cuantas reuniones se le ha requerido. Recuerdo los inicios, cuando con un sentido apostólico, nos dirigíamos a los lugares más recónditos para divulgar la importancia del control de los pacientes hipertensos ya que en España estaba todo por hacer.

Manolo, como has sido un hombre bueno, tu marcha nos ha dejado desconsolados, ahora precisamente que teníamos tantos proyectos que realizar con la Sociedad Madrileña de Hipertensión.

Siempre te recordaremos. Un abrazo.

Del UKPDS al ADVANCE



Dr. Alejandro de la Sierra Iserte

*Presidente de la Sociedad Catalana de HTA.
Coordinador de la Unidad HTA del Hospital Clinic de Barcelona.*



Societat Catalana d'Hipertensió Arterial

La diabetes mellitus representa un importante factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Dicho riesgo está en relación con las alteraciones en el metabolismo de la glucosa, la dislipidemia acompañante y la enfermedad vascular, de la que la elevación de la presión arterial (PA) es el principal indicador.

Así, el tratamiento de la diabetes va mucho más allá de la consecución del control metabólico y requiere un abordaje multifactorial que tenga en cuenta la optimización de todos los marcadores de daño vascular y metabólico, incluyendo la PA, los lípidos y la glucemia.

Por lo que respecta a la PA, la mayoría de guías clínicas consideran que cifras de PA por encima de 130/80 mmHg son inadecuadas para los pacientes diabéticos y que, independientemente de la presencia de HTA (cifras por encima de 140/90 mmHg) o no, el objetivo terapéutico debe situarse por debajo de dichos valores de 130/80 mmHg. Esta recomendación tiene no obstante una escasa evidencia científica en la que basarse. Así, el único estudio de morbimortalidad en diabéticos que analizaba el efecto de la reducción de la presión arterial es el United Kingdom Prospective Diabetes Study, más conocido como UKPDS, en el que se demostró un claro beneficio en términos de reducción de la enfermedad macrovascular y microvascular con un mayor descenso de la PA con tratamiento antihipertensivo. No obstante, ni las cifras objetivo planteadas en el estudio (150/85 mmHg) ni las alcanzadas en la cohorte que recibió un tratamiento más intenso (144/82 mmHg) se acercaron a la cifra de 130/80 mmHg, recomendada por las guías clínicas.

Los datos del UKPDS se han visto complementados por otro estudio realizado íntegramente en diabéticos (ABCD), aunque su objetivo primario no se basaba en la enfermedad cardiovascular, y por análisis de subgrupo de pacientes diabéticos incluidos en los grandes ensayos de antihipertensivos. Aunque, en general, el pronóstico ha sido mejor en los sujetos que han alcanzado un mayor descenso de presión arterial, en ningún caso, las cifras alcanzadas se han acercado a las que se refieren en las guías clínicas. El estudio ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular disease: preterAx and diamicroN-MR Controlled Evaluation)

ha evaluado en un diseño factorial 2 x 2, el efecto de la adición de una combinación fija de dos antihipertensivos (el IECA perindopril y el diurético indapamida), por un lado y la optimización del control glucémico mediante la consecución de cifras de hemoglobina glicada inferiores al 6,5%, por otro, todo ello sobre la incidencia de episodios macrovasculares y microvasculares en pacientes con diabetes tipo 2.

Los resultados de la rama comparativa entre la combinación perindopril/indapamida y placebo se han publicado recientemente. Así, en más de 11.000 pacientes atendidos en 215 centros de 20 países, la adición de la combinación de perindopril/indapamida al tratamiento de base considerado óptimo por los médicos participantes tuvo un impacto muy importante en la reducción de la morbimortalidad macrovascular y microvascular. Después de un seguimiento medio de más de 4 años, los pacientes tratados con la combinación alcanzaron unas cifras medias de PA sistólica de 136 mmHg, frente a 140 mmHg los tratados con placebo. Los resultados sobre los objetivos de morbimortalidad revelaron una reducción del 14% de la mortalidad total, del 18% de la mortalidad cardiovascular, del 9% del objetivo primario combinado de la suma de episodios micro y macrovasculares, del 14% del total de episodios coronarios y del 21% del total de episodios renales, entre los que destacaba la aparición de microalbuminuria. Este beneficio fue muy homogéneo entre subgrupos divididos por edad o sexo y especialmente, independiente de la presencia de hipertensión o no al inicio (definida por cifras superiores a 140/90 mmHg) o del tratamiento de base con IECA, estatinas o antiagregantes.

En resumen, estos resultados suponen un paso adelante en la búsqueda del tratamiento óptimo para los pacientes con diabetes tipo 2 con el fin de reducir al máximo su riesgo cardiovascular. Independientemente del tratamiento de base y de las cifras de presión de partida, el descenso adicional de la presión arterial con la adición de la combinación perindopril/indapamida produce beneficios evidentes que conllevan disminuir de forma notable las muertes y las complicaciones cardiovasculares en los pacientes diabéticos.



ENTREVISTA A **Dr. Vicente Bertomeu Martínez**

Responsable de la sección HTA de la SEC.

¿La HTA es la cenicienta de la Cardiología?

Realmente durante años la HTA ha estado infravalorada desde el punto de vista clínico por los cardiólogos. Las razones son diversas, pero fundamentalmente porque la presión asistencial de los enfermos con cardiopatía isquémica aguda y la insuficiencia cardiaca absorben la mayor parte de la atención de los cardiólogos clínicos. Por otra parte, los fármacos antihipertensivos son utilizados rutinariamente por los cardiólogos para el tratamiento de estas patologías y de ello se puede extraer la equivocada conclusión que el tratamiento del paciente hipertenso sería más sencillo, ya que es un paciente menos grave. Algo que no es cierto, ya que como es sabido la HTA es muy prevalente y abarca muy diferentes situaciones clínicas que requieren un abordaje específico. De hecho el adecuado control de la HTA es uno de los grandes retos de la medicina actual, no más del 40% de los pacientes está bien controlado a pesar del tratamiento, buena prueba de la dificultad del problema.

¿Es imprescindible el cardiólogo para valorar adecuadamente al hipertenso?

Imprescindible no hay nadie. Si bien los cardiólogos en principio son los mejor preparados para el tratamiento del hipertenso con cardiopatía (angina, infarto, insuficiencia cardiaca, arritmias, etc.), pero en la HTA no complicada o bien en el paciente que aunque tiene cardiopatía, se encuentra estable, realmente la participación del cardiólogo no es relevante.

¿Ecocardiografías para todos?

Para casi todos. Creo que la pregunta más correcta sería ¿Cuándo hacer el ECO? Desde luego todos los hipertensos con cardiopatía (coronaria, IC o Fibrilación auricular) o sospecha clínica de su existencia, deben tener un ECO. Así mismo el ECO es necesario en la estratificación del riesgo del hipertenso, en el que se sospeche la presencia de hipertrofia ventricular izquierda por el grado y el tiempo de evolución de la HTA.

Como se ve “casi todos”, aunque hay un buen número de pacientes con HTA grado I de fácil control clínico, en el cual el ECO no aporta información relevante. El problema es sobre todo no repetir exploraciones de forma innecesaria, algo que desgraciadamente ocurre con relativa frecuencia.

Pero otro debate que no quiero eludir es ¿Quién hace el ECO?. Mi punto de vista personal es que deben de ser “técnicos” algo que por cierto ocurre hace muchos años en países como EE.UU. e Inglaterra por poner 2 ejemplos. Las razones son varias. En primer lugar realizar un eco correctamente no es sencillo en gran cantidad de pacientes (a veces imposible) y requiere experiencia, conocimientos y tiempo. Por otra parte, las demoras actuales son injustificables y desde mi punto de vista, los cardiólogos deben organizar los laboratorios de ecocardiografía con un enfoque actual y práctico en el que prime ante todo resolver los problemas clínicos. Este enfoque que puede parecer algo nuevo está calando cada vez con más fuerza entre los cardiólogos, o al menos, así lo espero.

Honestamente, ¿en qué especialidad están ubicados los mejores hipertensiólogos?

Creo sinceramente que hay muy buenos hipertensiólogos en todas las especialidades, ya que hacer bien las cosas depende mucho más del individuo que de otras variables como especialidades médicas, sociedades

científicas etc. Además, dada la amplia repercusión visceral de la HTA, es muy positivo que el abordaje de la misma se realice desde la perspectiva de diferentes especialidades médicas

¿Qué papel desempeña la Sección de HTA de la SEC?

Potenciar todos los aspectos clínicos referentes a la HTA y Riesgo Vascular organizando registros, estudios clínicos y actividades educativas. Además por el carácter multidisciplinario de la HTA fomenta y estimula la relación con otras sociedades científicas.

Desde su perspectiva, ¿cómo ve la relación entre cardiólogos y médicos de AP?

Buenas, especialmente a nivel individual, pero es importante mejorarlas institucionalmente, es una situación en la que claramente los individuos van por delante, en este caso, de las sociedades científicas. Teniendo en cuenta que la mayor parte de las complicaciones cardiovasculares de los hipertensos son atendidas de forma directa o indirecta por los cardiólogos, todos los esfuerzos que se hagan en este sentido son importantes.

¿Hacia donde debe dirigirse la investigación en HTA?

Realmente en los últimos años no ha habido novedades significativas desde el punto de vista farmacológico que permitan mejorar el tratamiento de los pacientes, creo que la genética puede dar respuestas a muchas preguntas actuales.

● PUNTO y aparte

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

¿Cuál es el don que la naturaleza no le ha dado y le hubiera gustado poseer?
Muchos, pero me quedo con la paciencia.

¿Una ciudad?
París, aunque todas las grandes ciudades tienen su encanto.

¿Un músico?
Verdi.

¿Un político?
A nivel nacional creo que Adolfo Suárez tuvo un papel ejemplar en los años de la transición y no ha sido suficientemente reconocido.

¿Un hecho histórico?
La conquista de América, cambió la historia.

¿Un sitio para perderse?
Denia.

¿Una comida (sin sal claro)?
El arroz, no podía ser de otra forma siendo de Alicante.

¿Una bebida?
Un buen vino seguido muy de cerca de la horchata.

¿Lo que menos le gusta?
Sin ninguna duda y por encima de todo, la traición y la deslealtad.

¿A quién admira?
No soy especialmente mítomano, en general admiro a las personas creativas que son capaces de mejorar la realidad en la que viven, un buen ejemplo en el mundo actual sería Bill Gates.

¿A qué hora del día se debe administrar la medicación antihipertensiva?



Sociedad Balear de Hipertensión

Está claramente establecido el ritmo circadiano de determinadas variables biológicas, tales como la presión arterial, frecuencia cardíaca, etc. El estudio de la cronoterapia permite adecuar la administración de fármacos en función de las características del paciente y de la cronocinética de la terapia elegida, favoreciendo una mayor actividad farmacológica y minimizando los efectos secundarios.

A este respecto, existen multitud de trabajos publicados que demuestran mayor eficacia y menor toxicidad con la administración nocturna de doxazosina GITS o nifedipino Oros, así como un trabajo que concluye que valsartan en administración nocturna es capaz de modificar el patrón non-dipper y convertirlo en patrón dipper, disminuyendo por tanto el riesgo de estos pacientes.

Es importante INDIVIDUALIZAR el tratamiento y la hora de administración del fármaco, en función de las características del paciente y de las enfermedades concomitantes que presente. Un 70% de pacientes diabéticos y mayores de 70 años presentan un patrón non-dipper, por los que en estos pacientes (pocos controlados con monoterapia), sería razonable administrar algún agente antihipertensivo por la noche, en aras de intentar revertir esta alteración del ritmo circadiano que, sin duda, confiere mayor riesgo cardiovascular.

A la pregunta concreta que se plantean sobre “¿a qué hora del día se debe tomar la medicación antihipertensiva?” no se puede, en virtud de lo expuesto anteriormente, responder de forma categórica. Se debe insistir en la necesidad de INDIVIDUALIZAR el abordaje de cada paciente hipertenso, estableciendo la estrategia terapéutica que permita un mayor y mejor control a lo largo de las 24 horas. En términos generales, en pacientes jóvenes, bien controlados con monoterapia, el fármaco puede administrarse preferentemente en dosis única por la mañana. De elección, un fármaco con cobertura próxima a las 24 horas. En pacientes ancianos, o de alto riesgo, como los diabéticos, en donde muy frecuentemente van a ser necesarios varios fármacos para el adecuado control de las cifras tensionales, puede ser conveniente y adecuado el repartir la politerapia en administración matutina y nocturna, procurando que los fármacos que se administren por la noche presenten una farmacocinética ideal, que evite descensos pronunciados o picos agudos, para, de esta manera, tener una mejor cobertura durante las 24 horas y también nocturna, evitando en lo posible, descensos pronunciados de la presión arterial durante la madrugada, que podrían condicionar efectos secundarios por bajo gasto, especialmente a nivel neurológico.

Fernando García Romanos
Sociedad de Hipertensión y Riesgo Vascular de Illes Balears

EL DEBATE DEL BOLETÍN

DEBATE

Estás invitado a participar

► **Pregunta** del mes



En su opinión ¿Cree que las nuevas guías ESH/ESC 2007 sobre el tratamiento de la HTA aportan grandes novedades?

a) SI b) NO c) Sólo ligeros cambios

Teniendo en cuenta el estudio ADVANCE ¿Debería cambiar el enfoque del tratamiento del diabético tipo 2?

a) SI b) NO c) No conozco el estudio

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



CALENDARIO CONGRESOS 2007/08

CONGRESO	FECHA	LUGAR
XIV Congreso de la Sociedad Gallega de HTA	28-29 septiembre 2007	La Toja
IV Jornadas de la Sociedad Riojana de HTA sobre Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular	25 octubre 2007	La Rioja
Sociedad navarra de HTA	8 noviembre 2007	Pamplona
V Congreso de la Sociedad Extremeña HTA	9-10 noviembre 2007	Zafra (Badajoz)
IV Jornadas de la Sociedad Castellano-Leonesa	13-14 noviembre 2007	Salamanca
XVII Reunión de la Sociedad Andaluza de HTA y RV	16-17 noviembre 2007	Sevilla
Jornada Anual de SOHIB	Último trimestre de 2007	Palma de Mallorca
V Reunión de la Asociación Madrileña de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular	5-6 febrero 2008	Madrid
VI Jornadas 2008. Diabetes y Enfermedad Vascolar	8-9 febrero 2008	Bilbao
V Reunión de la Sociedad Castellano-Manchega de HTA	15-16 febrero 2008	Toledo
XVII Jornadas de la Comunidad Valenciana sobre HTA y RV	22-23 febrero 2008	Benidorm (Alicante)

Preterax®

PERINDROPIL 2 mg + INDAPAMIDA 0,625 mg

Bipreterax®

PERINDROPIL 4 mg + INDAPAMIDA 1,25 mg



ADVANCE

PR 081 BL2M 10/07
Solicitado soporte válido el 16-05-06