



ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

¿Debemos modificar nuestra conducta terapéutica como consecuencia de la revisión de 2009 de la guía para el manejo de la hipertensión arterial de la ESH/ESC?

A. Calderón^a, C. Escobar^b y V. Barrios^{c,*}

^aCS Rosa Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^bUnidad de Cardiología, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^cInstituto de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 12 de enero de 2010; aceptado el 6 de febrero de 2010

Disponible en Internet el 17 de septiembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Hipertensión arterial;
Guías europeas;
Actualización 2009

Resumen

La reciente publicación en noviembre de 2009 de la revisión de las guías para el manejo de la hipertensión arterial de las Sociedades Europeas de Hipertensión y de Cardiología ha suscitado un gran interés, ya que incorpora la información de los últimos estudios en el campo de la hipertensión, de modo que confirma muchas de las indicaciones de la guía de 2007, pero a su vez reconsidera algunas de las recomendaciones hasta hoy firmemente establecidas. Esta doble vertiente puede generar algunas dudas relevantes a la hora de la práctica clínica, más aún si tenemos en cuenta que algunas indicaciones son opuestas a otras guías recientemente publicadas. La exposición de un caso clínico frecuente en la práctica clínica, como es una paciente hipertensa y diabética mayor de 65 años, nos permitirá adentrarnos en las nuevas recomendaciones, interpretar los cambios respecto a las previas y establecer las mejores pautas de actuación en la práctica clínica diaria. Además de los cambios en el manejo del paciente diabético, se actualizarán otros aspectos especialmente relevantes de la guía revisada en 2009, como son: la lesión subclínica de órgano diana y su repercusión en la estratificación del riesgo cardiovascular, la conducta a seguir en los pacientes con presión normal alta y otros factores de riesgo cardiovascular, los «nuevos» objetivos del tratamiento antihipertensivo, así como los objetivos y el tratamiento en condiciones específicas como la población anciana y la enfermedad cardiovascular asociada.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: vbarrios@meditex.es, vbarrios.hrc@salud.madrid.org (V. Barrios).

KEYWORDS

High blood pressure;
European guidelines;
2009 up-date

Should we modify our therapeutic behavior as a consequence of the 2009 revision of the ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension**Abstract**

The recent publication in November 2009 of the revision of the European guidelines on hypertension management by the European Society of Hypertension has aroused great interest. It has included the results of new important studies on hypertension, reinforcing the evidence on which the recommendations of the 2007 ESH/ESC guidelines were based. However, some of the recommendations that were firmly established until now are reconsidered. This dual aspect can generate some relevant doubts in clinical practice, even more so if we consider that some recommendations are opposite to other recently published guidelines.

The presentation of a frequently appearing clinical case, as a hypertensive and diabetic female patient >65 years old, provides us the opportunity to analyze and interpret new recommendations, in comparison to the previous ones and to establish the best clinical action approach in the daily practice. In addition to the changes in the management of diabetic patients, some especially relevant aspects of the revised guide are updated, for example, subclinical injury of the target organ and its affect on cardiovascular risk stratification, how to manage those patients with high normal blood pressure values and other cardiovascular risk factors, the "new" blood pressure goals, as well as the objectives and the treatments under specific conditions such as the elderly population and the associated cardiovascular disease.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La publicación de numerosos estudios en el campo de la hipertensión arterial durante los dos últimos años, ha llevado a realizar y publicar en noviembre de 2009¹ una actualización de las guías para el manejo de la hipertensión arterial de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología (ESH y ESC) publicadas en 2007.

La información aportada por los nuevos estudios ha permitido actualizar y reforzar algunos conceptos, aunque también ha hecho que se reconsideren algunas indicaciones que parecían consistentes. Esta circunstancia afecta de forma importante a la práctica clínica, de forma que algunas estrategias terapéuticas hasta ahora bien consolidadas, deberían ser reconsideradas a la vista de las nuevas recomendaciones. Para generar aún más dudas, además las nuevas indicaciones de las ESH y ESC se encuentran en muchos casos en contradicción con otras guías publicadas recientemente². Por ello, consideramos de gran interés revisar los aspectos más relevantes derivados de la actualización de 2009, partiendo de la conducta a seguir ante un caso clínico real y probablemente cada vez más frecuente.

Caso clínico

Se trataba de una mujer de 72 años de edad, con un estado general de salud aceptable, entre cuyos antecedentes familiares destacaba por parte materna un cáncer de colon a los 70 años y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) por parte paterna. Fue diagnosticada de obesidad (índice de masa corporal=28,2 kg/m²) e hipertensión arterial grado 1 a los 62 años, siendo tratada inicialmente con un diurético (indapamida 1,5 mg) con aceptable control. Asimismo, presentaba cefalea mixta de predominio tensional, por lo

que se pautaron antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para los episodios agudos y opcionalmente paracetamol.

A los 67 años, fue diagnosticada de DM 2, con mal control metabólico (hemoglobina glicosilada A1C [HgA1c]=8,1%) por lo que se inició tratamiento con una pauta de reducción ponderal, equilibrio dietético, ejercicio regular y metformina. La presión arterial (PA) se mantenía de forma constante por encima de 140/90 mmHg por lo que se optó por añadir un inhibidor de los receptores de la angiotensina II (ARA II), irbesartán 300 mg. Los niveles de colesterol de baja densidad eran de 148 mg/dl, con colesterol de alta densidad de 58 mg/dl y de triglicéridos de 173 mg/dl, por lo que se inició tratamiento con atorvastatina 10 mg. Asimismo, se añadió ácido acetilsalicílico 100 mg/d como prevención primaria de enfermedad cardiovascular (ECV) en el diabético.

En los años sucesivos, no se alcanzó un control metabólico aceptable (HgA1c>7%), por lo que se asoció insulina basal de acción retardada de forma paulatina, implicando al paciente en su control, lo que ha permitido en el último año mantener la HgA1c por debajo de 7%. En el último año, la paciente ingresó por un episodio de dolor torácico, siendo dada de alta bajo el diagnóstico de dolor torácico no isquémico con una prueba de esfuerzo clínica y eléctricamente negativa y sin que se detectaran lesiones significativas en la coronariografía. El ecocardiograma se informó como disfunción diastólica con alteración de la relajación y función sistólica conservada (62%), sin hipertrofia ventricular izquierda (HVI) ni alteraciones segmentarias de la contractilidad.

Las cifras de PA en el momento actual oscilan alrededor de 136/84 mmHg y el C-LDL es de 96 mg/dl. El electrocardiograma (ECG) muestra ritmo sinusal, sin criterios de HVI. Respecto a la función renal, el aclaramiento de creatinina es de 65 mg/dl/min (estimada por MDRD) y la triple determinación de microalbuminuria arroja una media

de 15 mg/dl. El resto de parámetros analíticos incluido el potasio están dentro de la normalidad.

Para completar el estudio de la paciente, se realizan una serie de pruebas complementarias. La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) aporta una PA media de 133/84 mmHg, con PA diurna de 137/86 mmHg y PA nocturna de 125/81 mmHg. El fondo de ojo se informa como grado 1–2 y no existen alteraciones objetivas que indiquen la presencia de neuropatía. La ecocardiografía abdominal es normal y el eco-Doppler carotídeo no muestra tampoco alteraciones significativas.

La estratificación cardiovascular determina que se trata de una paciente de alto riesgo, por lo que se decide intensificar el control tensional añadiendo amlodipino 5 mg con el objetivo de alcanzar cifras inferiores a 130/90 mmHg, manteniendo el resto del tratamiento sin cambios.

A la luz de las nuevas recomendaciones de las guías de la ESH para el manejo de la HTA, ¿sería la conducta terapéutica elegida la más apropiada o habría que modificarla?

Aspectos revisados en la guía 2009 relacionados con el caso clínico

El control de la presión arterial en el diabético

Uno de los temas más extensamente revisado, y más controvertido por sus conclusiones, ha sido el control de la PA en el paciente diabético. Hasta el momento, estaba sólidamente establecido que en el paciente diabético las cifras de PA debían ser inferiores a 130/80 mmHg³, y ello se basaba, entre otros, en los resultados del estudio HOT⁴. Sin embargo, la re-evaluación crítica de esta recomendación ha llevado a cuestionarla seriamente en la revisión de 2009.

No existen estudios controlados en población diabética en los cuales se hayan alcanzado cifras de PA inferiores a 130/80 mmHg y que se hayan asociado a una reducción de la morbilidad cardiovascular. Es más, en el único estudio en que se lograron estos niveles de PA, no se encontró una reducción significativa en la incidencia de ECV⁵. En consecuencia, parece cuestionable recomendar de forma tajante estos niveles de control.

Además, el control de la PA en el paciente diabético suele ser más complejo y precisar de más fármacos, más aún si el objetivo es alcanzar cifras inferiores a 130/80 mmHg. Según diferentes series, el control de PA en el paciente diabético en esas circunstancias apenas alcanza el 10%, lo que, sin embargo, no se asocia a un incremento proporcional de desarrollo de ECV.

Por lo tanto, según la revisión no existe evidencia científica suficientemente sólida para mantener esta indicación, por lo que se recomienda un control tensional «más realista», como es entre 130 y 140 y para la PA sistólica y 80–90 mmHg para la diastólica. Ello estaría en consonancia con los resultados del estudio ADVANCE⁶, donde los beneficios en términos de prevención micro y macrovascular se obtuvieron con cifras de PA sistólica de 135 mmHg.

Sin embargo, y a pesar de la falta de suficiente evidencia, es interesante reseñar que en la revisión se sugiere en cierto modo intentar alcanzar niveles de PA lo más cercanos a las

cifras inferiores del intervalo, siempre y cuando sea bien tolerado por el paciente.

La antiagregación plaquetaria como prevención primaria
Otro aspecto de enorme actualidad es el uso de la antiagregación con ácido acetilsalicílico en el paciente hipertenso y diabético sin ECV establecida, como es el caso clínico presentado. Hasta la actualidad, esta estrategia terapéutica era recomendada por la mayoría de las guías y había tenido una implantación paulatina en los últimos tiempos.

Los resultados de un reciente metaanálisis⁷ han cuestionado seriamente la indicación de la antiagregación como prevención primaria en el paciente diabético, basándose fundamentalmente en un escaso cociente beneficio/riesgo. Los beneficios de la utilización del ácido acetilsalicílico residen fundamentalmente en la prevención de cardiopatía isquémica y son de 0,06 eventos por 100/paciente/año, frente a un riesgo de sangrado gastrointestinal y extracranial de 0,03 por 100/pacientes/año. Asimismo, datos de un estudio recientemente publicado tampoco ha demostrado una reducción significativa en la incidencia de ECV con el uso de aspirina⁸.

En consecuencia, la antiagregación en el caso clínico presentado debería ser reconsiderada. La indicación no estaría suficientemente establecida y habría que valorar seriamente los posibles efectos adversos. El riesgo de sangrado exigiría un seguimiento más estrecho de la paciente, y habría que tener en cuenta asimismo el riesgo añadido de la toma de AINE.

Las combinaciones fijas

Un aspecto que ya comenzó a tener notoriedad en la guía de 2007 y que ha sido intensificado en la revisión de 2009, es la utilización de asociaciones fijas de antihipertensivos. Basándose en que solo un 20% de los pacientes pueden ser controlados en monoterapia (menos aún si coexiste diabetes), se insiste en el uso de la terapia combinada tanto de inicio como de mantenimiento, sugiriéndose utilizar combinaciones con dosis fijas siempre que sea posible.

Además, existe suficiente evidencia acerca del mayor incumplimiento terapéutico a medida que aumenta el número de fármacos prescritos y, sobre todo en el caso del paciente diabético, la polifarmacoterapia es la norma. En el caso clínico comentado, más allá de la hipotética consideración sobre los niveles de control de las cifras de PA, se intensifica el tratamiento antihipertensivo añadiendo tres fármacos de forma separada, lo cual puede dificultar el cumplimiento. Una vez que a lo largo de la historia clínica de la paciente, se ha podido constatar la adecuada respuesta a algunos antihipertensivos, la utilización de dosis fijas de esos fármacos o similares, puede contribuir a mejorar la adherencia.

El control metabólico progresivo

Si bien no es un aspecto central en la revisión, sí es cierto que, a diferencia de la guía de 2007, en las del 2009 se hace una mención expresa a este aspecto. Hasta el momento, no existe evidencia suficientemente sólida para recomendar un control metabólico intensivo y abrupto en el paciente diabético tipo 2, más aún si como en el caso clínico no

existe complicación macro ni microvascular asociada. En estas circunstancias, lo recomendado es un control progresivo y paulatino con el objetivo de alcanzar niveles de HgA1c entre 6,5 y 7%, controlando tanto la glucemia basal como la posprandial.

Las asociaciones de antihipertensivos

En general, en este apartado existen pocas novedades con respecto a la guía de 2007. En el paciente diabético, se sigue recomendando utilizar de forma preferencial un inhibidor del sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA). Cuando el control de la PA no es satisfactorio, se debe asociar un diurético. En el caso clínico comentado, se comienza con un diurético, al que se le asocia un inhibidor del SRAA cuando se llega al diagnóstico de diabetes. La utilización de un ARA II como irbesartán, puede tener mayores beneficios a la hora de la proteger la función renal, que en el caso clínico comentado está ligeramente por encima del rango de normalidad.

Lo que sí queda claramente definido en la actualización de 2009 en función de los resultados del estudio ONTARGET⁹, es que la combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y de un ARA II no aporta beneficios, con la única posible excepción de los casos de alto riesgo cardiovascular con proteinuria. Como esa no es la situación de nuestro paciente parecería preferible asociar un calcioantagonista. Así lo reconfirma la revisión de 2009, al indicar que cuando es necesario utilizar tres fármacos, la combinación preferible es un bloqueante del sistema renina angiotensina con un calcio antagonista y un diurético.

El tratamiento de los factores de riesgo asociados

En este apartado, en general se confirman las recomendaciones de la guía de 2007. En el caso de las estatinas, su beneficio está claramente demostrado en hipertensos de riesgo alto y muy alto, como es la situación del caso clínico; aunque también puede ser beneficioso su uso en pacientes de riesgo moderado con cifras elevadas de proteína C reactiva ultrasensible¹⁰.

Como resumen, reflejamos los aspectos más relevantes de manejo del paciente hipertenso y diabético en la tabla 1.

Otras recomendaciones de especial relevancia revisadas en la guía de 2009

Cinco han sido los apartados revisados con especial atención, algunos de los cuales ya han sido comentados (tabla 2).

En cuanto a la estratificación del riesgo cardiovascular y la detección de lesión de órganos diana se siguen básicamente los criterios existentes en la guía de 2007. Existen de todos modos, interesantes matices en cuanto a la estratificación del riesgo cardiovascular y su valor pronóstico en determinados colectivos.

La estrategia y los objetivos del tratamiento antihipertensivo han sido especialmente revisados y controvertidos. En general se simplifican los objetivos de control, situándolos en valores inferiores a 140/90 mmHg para todos los casos, a diferencia de lo comentado en la guía de 2007. Asimismo, se considera que la posible importancia de un efecto en el riesgo cardiovascular del tipo «curva en J» se

Tabla 1 Tratamiento antihipertensivo en la población diabética

- El tratamiento antihipertensivo debe iniciarse siempre cuando la presión arterial supere los 140/90 mmHg
- Cifras de presión arterial normal alta no justifican por si mismas la indicación de tratamiento antihipertensivo. Este deberá individualizarse
- Los objetivos de control de la presión arterial deben ser entre 130 y 140 mmHg para la presión arterial sistólica y 80–90 para la presión arterial diastólica. No existe evidencia suficiente para recomendar cifras de presión arterial inferiores
- El tratamiento suele requerir casi siempre más de un fármaco, siendo el bloqueo del sistema renina angiotensina aldosterona el objetivo inicial. Los bloqueantes de los receptores de la angiotensina II confieren un efecto beneficioso sobre la función renal
- El efecto del tratamiento es mayor sobre las complicaciones microvasculares que sobre las macrovasculares, en especial sobre la función renal. El beneficio sobre la neuropatía y retinopatía es menos consistente
- El control metabólico debe realizarse de una forma paulatina y no abrupta, con el objetivo mantener valores de hemoglobina glicosilada A1c entre 6,5 y 7%

Adaptada de la guía 2009¹.

Tabla 2 Aspectos especialmente revisados en la guía de 2009¹

Detección de lesión subclínica de órgano diana y significado clínico
Estratificación del riesgo cardiovascular
Significado pronóstico e implicaciones terapéuticas de la presión normal alta
Objetivos y elección del tratamiento. Tratamiento combinado a dosis fijas
Estrategia terapéutica en condiciones específicas: diabéticos, ancianos, enfermedad cardiovascular asociada, fibrilación auricular
Tratamiento de los factores de riesgo asociados

restringiría a determinadas situaciones y se recomienda reconsiderar el inicio inmediato del tratamiento farmacológico en algunos pacientes de bajo riesgo con niveles de PA ligeramente por encima de 140/90 mmHg.

No existen grandes novedades en cuanto a la selección del tratamiento farmacológico. Se insiste en que el principal beneficio del tratamiento es la reducción de la PA independientemente del tipo de fármaco, por lo que se mantienen los cinco grupos clásicos como fármacos de primera elección, incluidos los beta bloqueantes. Se insiste en el uso de combinaciones fijas.

Finalmente se revisa el manejo terapéutico en grupos específicos y controvertidos como los diabéticos, ancianos, ECV, mujeres y fibrilación auricular, así como el tratamiento de los factores de riesgo asociados. Se sugiere con bastante énfasis la necesidad de mejorar la evidencia disponible, con

la realización de nuevos estudios en aquellos campos donde existe controversia y que comentaremos a continuación.

Lesión de órgano diana y estratificación del riesgo cardiovascular

La detección de la lesión de órgano diana en el paciente hipertenso es un objetivo prioritario ya que permite identificar los pacientes que tengan un riesgo de morbilidad cardiovascular alto o muy alto, lo que condiciona la selección de la estrategia terapéutica más adecuada.

En el campo de la enfermedad cardiaca, se mantiene el ECG como la técnica diagnóstica más accesible, viéndose su utilidad reforzada al haber identificado nuevos criterios que se asocian a un mayor riesgo cardiovascular, tales como el bloqueo de rama izquierda (estudio LIFE), la combinación de criterios de voltaje y repolarización (estimación Novacode) y el voltaje de R en aVL. Del mismo modo, la nueva información disponible refuerza el valor predictivo de la ecocardiografía tanto al valorar la masa y la función ventricular, como el patrón geométrico ventricular.

En relación a la detección de lesión renal subclínica, un aspecto especialmente destacado es la preferencia por la utilización del MDRD para estimar el filtrado glomerular en lugar de la fórmula de Cockroft Gault, debido a que predice mejor los eventos cardiovasculares. Por otro lado, la detección de micro o macroalbuminuria continúa considerándose como un potente factor predictivo de ECV.

La detección de lesión arterial por medio del índice íntima-media carotídeo también parece ser de utilidad clínica por su valor predictivo, como lo demuestran los estudios ELSA y Cardiovascular Health Study. En cambio, el estudio de la función endotelial no se dispone de nuevos datos que avalen su posible papel como marcador de lesión vascular.

En cuanto al hipotético lugar en este contexto de pruebas complementarias más complejas, los estudios relativos al papel de la resonancia nuclear magnética, ha permitido conocer que la lesión subclínica cerebral es más frecuente que la afectación subclínica cardiaca o renal, lo que en un futuro, cuando se generalice su uso, podría tener importancia para estratificar el riesgo e iniciar el tratamiento.

Un aspecto controvertido es el impacto en el riesgo cardiovascular de la detección de lesión de órgano diana en el paciente con PA normal-alta (**tabla 3**). Los datos

Tabla 3 Principales recomendaciones en los pacientes con presión arterial normal-alta¹

- La presencia de lesión subclínica de órgano diana no confiere per se la condición de alto riesgo en esta población. Esta situación es más probable cuando coexisten múltiples factores de riesgo o síndrome metabólico
- No existe evidencia suficiente en esta población para recomendar universalmente el tratamiento antihipertensivo en los pacientes diabéticos, con enfermedad cerebrovascular o con enfermedad cardiovascular
- El tratamiento en esta población debe individualizarse en función de la enfermedad de base
- Son necesarios nuevos estudios para poder definir con claridad el pronóstico y tratamiento de estos pacientes

disponibles no son concluyentes, e inicialmente no confería a este grupo un riesgo cardiovascular alto, por lo que las estrategias terapéuticas debieran adaptarse. Sin embargo, cuando la lesión de órgano diana es muy intensa, se presentan varias lesiones subclínicas simultáneamente o existe síndrome metabólico, el riesgo relativo se incrementa, por lo que se sugiere que este tipo de paciente sea considerado de alto riesgo y tratado en consecuencia, si bien no existe evidencia suficientemente contrastada en este sentido.

Estrategia terapéutica

En cuanto a los criterios para iniciar el tratamiento farmacológico, los aspectos más destacados son:

- a. No existe evidencia suficiente relativa a los hipotéticos beneficios de comenzar tratamiento farmacológico en los pacientes con riesgo bajo o moderado y niveles de PA en grado ligero. Es preferible instaurar únicamente cambios en el estilo de vida y posteriormente considerar el uso de fármacos según la respuesta.
- b. Los resultados de los estudios ABCD, MICROHOPE y ADVANCE no permiten concluir que sea beneficioso el tratamiento con fármacos antihipertensivos en los pacientes diabéticos con PA normal-alta. Esta opción debe quedar reservada para casos específicos como puede ser la presencia de lesión diana concomitante, concretamente renal.
- c. Tampoco existen datos concluyentes sobre los beneficios en el grupo de pacientes con ECV y PA normal-alta, por lo que la estrategia terapéutica se seleccionará en función de la enfermedad de base.

Con respecto a los objetivos del tratamiento antihipertensivo, el aspecto más relevante es quizás su simplificación. De forma global, se recomienda reducir la PA a 130–139 mmHg para la sistólica y menor de 90 mmHg para la diastólica, aunque en este caso, de ser posible, es preferible mantener niveles de PA diastólica en el rango de 80 a 85 mmHg. En la población anciana, los beneficios de reducir la presión sistólica por debajo de 140 mmHg no son concluyentes.

Además de lo comentado en el caso clínico comentado, en los casos específicos de ECV asociada, aunque la guía de 2007 considera como recomendables niveles inferiores a 130 mmHg, la evidencia actual no es concluyente, por lo que los objetivos deben individualizarse.

En cuanto a los peligros de que se puedan derivar consecuencias del tipo «curva en J», se concluye que es poco probable que ocurra con los niveles de PA marcados como objetivos. Se sugiere que podrían darse ante niveles de PA inferiores a 120/75 o en casos de pacientes con arterioesclerosis avanzada.

Selección del tratamiento

A la hora de elegir el tratamiento, el descenso de la PA es el principal mecanismo para reducir las complicaciones cardiovasculares, en tanto que los efectos beneficiosos de un grupo farmacológico sobre otros son pequeños o circunscritos a determinados grupos de pacientes.

La actual revisión dedica un amplio apartado al grupo de los beta bloqueantes, concluyendo, que la información actual es lo suficientemente extensa y sólida para mantenerlos como fármacos de primera línea. La argumentación se basa en tres principios:

- a. Al igual que otros grupos, pueden tener inconvenientes (menor regresión de lesión cardiaca y prevención de ictus) pero también ventajas (enfermedad coronaria).
- b. Las consecuencias de su tendencia a desarrollar hiperglucemia y diabetes de novo se ha sobredimensionado y no esta aún suficientemente aclarada.
- c. Son un grupo muy heterogéneo y sus efectos tanto nocivos como beneficiosos no son iguales entre los diferentes fármacos.

Respecto al resto de los fármacos de primera línea, no existen grandes aportaciones, por lo que se suscriben las indicaciones, inconvenientes y preferencias existentes en la guía de 2007.

Se realiza un especial énfasis en evitar una clasificación preferencial entre los cinco grupos principales, considerando incluso que este procedimiento podría ser perjudicial para los pacientes. Se aconseja seleccionar el tratamiento en función de las indicaciones y contraindicaciones de la guía de 2007.

En cuanto a los nuevos fármacos en desarrollo e investigación, se otorga especial relevancia al único inhibidor directo de la renina comercializado hasta ahora, el aliskiren, que ha demostrado ser eficaz tanto en monoterapia como en combinación. En el momento actual, se aconseja utilizar siempre en combinación, con diuréticos, calcioantagonistas, IECA o ARA II.

Tratamiento antihipertensivo en condiciones específicas

Un primer grupo en el que los estudios recientes han modificado las guías de 2007 es el de los mayores de 65 años. Existe evidencia suficiente para iniciar y mantener el tratamiento en este grupo, ya que los beneficios son similares a los obtenidos en individuos de menor edad. Los datos del estudio HYVET¹¹ han demostrado también beneficio clínico para los pacientes mayores de 80 años en buenas condiciones de salud. Su extrapolación a los ancianos más frágiles es incierta, por lo que habrá que individualizar cada caso. En general, y especialmente en este último grupo, hay que ser cauteloso con el tratamiento, ya que son más susceptibles a posibles efectos adversos. Como norma general, los autores, basándose más en el «sentido común» que en la evidencia, sugieren que siempre que la situación clínica lo permita, se intente mantener un objetivo de PA sistólica próximo a 140mmHg, utilizando inicialmente monoterapia y valorando cautelosamente la biterapia en caso de ser necesaria.

En línea con el objetivo terapéutico de 130 a 140/85 a 90mmHg, se analizan otros grupos específicos. En todos ellos, incluyendo la prevención primaria y secundaria de la enfermedad cerebrovascular, coronaria y renal, se concluye que la evidencia disponible no es uniforme ni unidireccional a la hora de recomendar reducciones de la PA sistólica por debajo de 130mmHg. Datos procedentes de metaanálisis, con toda la precaución con que deben interpretarse, sugieren una significativa, aunque no muy intensa, reducción de la

incidencia de demencia con niveles de PA sistólica inferiores a 130mmHg.

Tratamiento de los factores de riesgo asociados

Además de lo comentado en el caso clínico, remarcar que en cuanto al empleo de ácido acetilsalicílico como antiagregante, el cociente beneficio/riesgo únicamente lo hace únicamente claramente recomendable en los pacientes con ECV establecida, insuficiencia renal o riesgo cardiovascular muy alto.

En resumen, la última revisión de las guías para el manejo de la hipertensión arterial de la ESH y de la ESC incorpora las nuevas evidencias disponibles, simplifica los objetivos terapéuticos, reconsidera las indicaciones de la guía de 2007 en algunas situaciones específicas y propone nuevas líneas de investigación para resolver los interrogantes aún presentes.

Bibliografía

1. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens.* 2009;27:2121–58.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2009. *Diabetes Care.* 2009;32(Suppl 1):S13–61.
3. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 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). *J Hypertens.* 2007;25:1105–87.
4. Hansson L, Zanchetti A, Caruthers SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet.* 1998;351:1755–62.
5. Schrier RW, Estacio RO, Esler A, Mahler P. Effects of aggressive blood pressure control in normotensive type 2 diabetic patients on albuminuria, retinopathy and stroke. *Kydney Int.* 2002;61: 1086–97.
6. ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007;370: 829–40.
7. Antithrombotic Trialists (ATT) Collaboration. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet.* 2009;373:1849–60.
8. Ogawa H, Nakayama T, Morimoto T, Uamura S, Kanauchi M, Doi N, et al. Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in patients with type 2 diabetes: a randomised controlled trial. *JAMA.* 2008;300:2134–41.
9. Mann JF, Schmieder RE, McQueen M, Dyal L, Schumacher H, Pogue J, et al. Renal outcomes with Telmisartan, Ramipril or both, in people at high cardiovascular risk (the ONTARGET study) a multicentre, randomised, double-blind controlled trial. *Lancet.* 2008;372:547–53.
10. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM, Kastelein J, et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in man and women with elevated C-reactive protein. *N Eng J Med.* 2008;353:2195–207.
11. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrescu O, et al. HYVET Study Group Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med.* 2008;358:1882–98.