

# I Jornada catalana d'habilitats pràctiques en Risc Cardiovascular



Oriol Rebagliato

MF CAP Gòtic, GdT HTA Camfic

**Amb l'aval:**

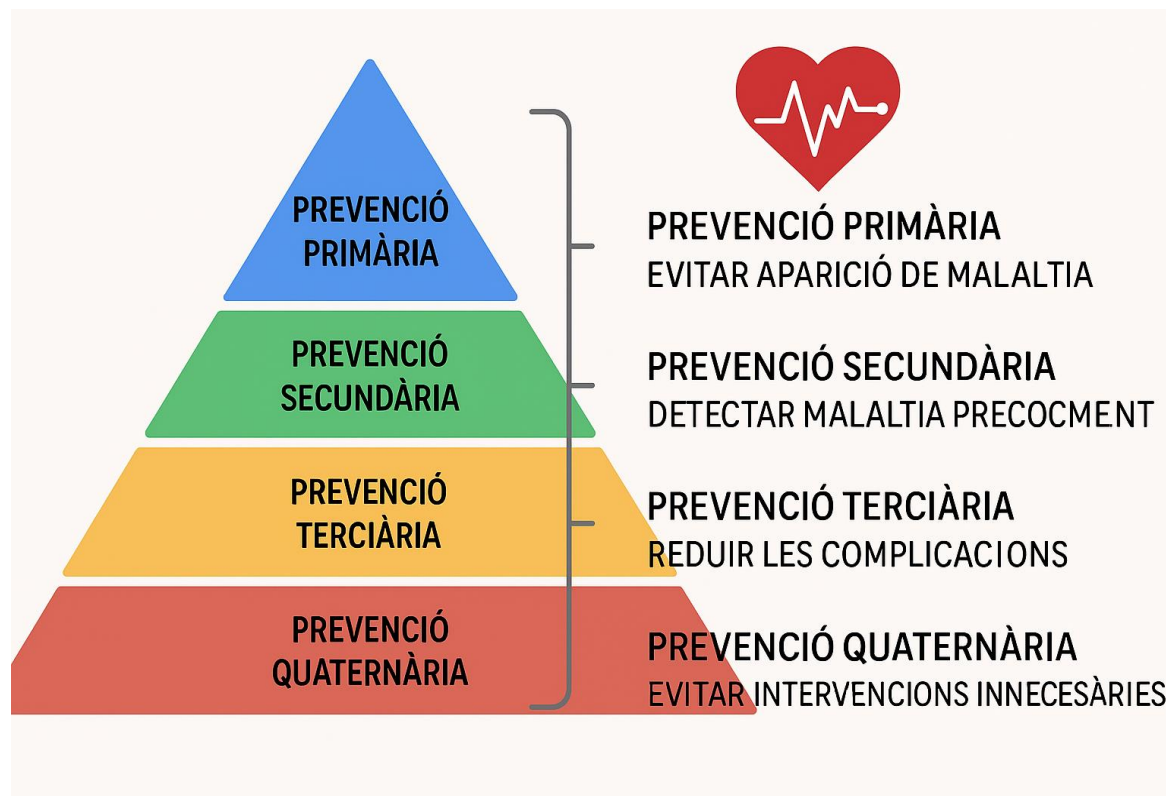


**Col·labora:**



Terrassa, 17 de desembre de 2025





- **Prevenció quaternària: evitar el dany causat per intervencions mèdiques innecessàries.** CV: protegir els pacients de sobrediagnòstic, sobretractament o procediments que no aporten benefici real i poden comportar riscos (o malgastar recursos sanitaris).

# Què és millor no fer en HTA?



## Gestants amb hipertensió crònica i el repòs

En dones gestants amb hipertensió crònica no es recomana el repòs absolut terapèutic al llit.

### Resum

- En les guies de pràctica clínica que han valorat la prescripció del repòs absolut al llit en les gestants amb hipertensió crònica s'ha trobat que la qualitat de l'evidència era baixa.
- No hi ha evidència que doni suport que el repòs absolut terapèutic al llit tingui efectes beneficiosos en les gestants amb hipertensió crònica o en el fetus.
- Per consens, els experts suggereixen no prescriure repòs absolut al llit, ja que el balanç risc benefici seria desfavorable pel fet que el repòs absolut prolongat en llit pot incrementar el risc d'esdeveniments tromboembòlics venosos.

### Més informació

Les dones gestants amb hipertensió crònica són aquelles que presenten hipertensió arterial abans de l'embaràs (o abans de les 20 setmanes de gestació) [1-9]. S'estima que al voltant de l'1% al 5% de les gestants presenten hipertensió crònica en països desenvolupats [2,3,4]. Les gestants amb hipertensió crònica tenen entre un 20% i un 40% de risc més elevat de desenvolupar preeclàmpsia (inclosos les seves formes severes d'eclàmpsia i la síndrome de HELLP —hemòlisi, enzims hepàtics elevades i trombocitopènia—) [2,4,6,7]. Així mateix, aquestes gestants tenen un risc més elevat de complicacions maternes, fetals i neonatals [2,4,6,7].

Segons les guies de pràctica clínica (GPC) del Regne Unit (NICE), Canadà (SOGC) i de la Federació Internacional de Ginecologia i Obstetrícia (FIGO) no hi ha evidència sobre el benefici per a la salut materna i fetal d'algun tipus de repòs absolut al llit en les gestants amb hipertensió crònica [2,3,5,6].

En aquest sentit, encara que l'evidència és de baixa qualitat, les diferents GPC estan d'acord en no recomanar a les gestants amb hipertensió crònica que facin repòs absolut prolongat al llit [2,3,5,6]. Per consens d'experts, es recomana evitar el repòs absolut prolongat al llit, ja que podria incrementar el risc d'esdeveniments tromboembòlics venosos i tromboembolisme pulmonar [2,3]. Pel que fa a la durada del repòs per ser considerat com a absolut prolongat al llit, no hi ha un punt de tall definit. En general es considera de ≥3 dies en gestants normals sense cap factor de risc afegit [10], tot i que aquest temps podria ser més curt segons les característiques i comorbiditats de la gestant [10].

D'altra banda, per consens d'experts, es suggereix que aquelles gestants amb hipertensió crònica que estan acostumades a fer exercici, i que tenen la pressió arterial ben controlada, continuïn practicant exercici moderat durant la gestació [2,4].

En conclusió, en les gestants amb hipertensió crònica no es recomana rutinàriament el repòs absolut al llit perquè incrementa el risc d'esdeveniments adversos.

utilització d'informació del personal sanitari

Aquesta línia és una recomanació per a l'ajuda a la presa de decisions

# Gestants amb hipertensió crònica i repòs

- En les guies de pràctica clínica que han valorat la prescripció del repòs absolut al llit en les gestants amb hipertensió crònica s'ha trobat que la qualitat de l'evidència era baixa.
- No hi ha evidència que doni suport que el repòs absolut terapèutic al llit tingui efectes beneficiosos en les gestants amb hipertensió crònica o en el fetus.
- Per consens, els experts suggereixen no prescriure repòs absolut al llit, ja que el balanç risc benefici seria desfavorable pel fet que el repòs absolut prolongat en llit pot incrementar el risc d'esdeveniments tromboembòlics venosos.

Juny  
2021

## Urgència hipertensiva i tractament

En pacients amb situació d'un quadre d'urgència hipertensiva, no es recomana baixar la pressió arterial de forma ràpida i brusca.

### Resum

- Davant d'una crisi hipertensiva, cal descartar si hi ha danys als òrgans diana, per identificar si es tracta d'una urgència hipertensiva o d'una emergència hipertensiva.
- Les urgències hipertensives no s'associen amb resultats adversos a curt termini i la majoria són degudes a la manca d'adherència al tractament habitual per a la hipertensió.
- El maneig de les urgències hipertensives es fa amb tractament per via oral i no per via intravenosa, tot i que caldrà valorar la indicació dels fàrmacs orals.
- Una reducció dràstica de la pressió arterial pot produir dany greu (hipoperfusió, hipotensió) i, per tant, no està recomanada en pacients amb urgència hipertensiva.

### Més informació

Els estudis sobre la hipertensió arterial (HTA) han permès demostrar que la disminució de la pressió arterial (PA) redueix la morbiditat prematura. Hi ha evidència sobre l'eficàcia de l'adopció d'estils de vida saludables i dels tractaments farmacològics per evitar les complicacions degudes a la HTA. No obstant això, les taxes de control de la HTA continuen sent preocupants. En aquest sentit, la HTA és la principal causa que es pot prevenir de les malalties cardiovasculars i la causa principal de totes les morts d'aquest tipus, tant en l'àmbit europeu com mundial [1,2].

Per al maneig de pacients amb PA elevada s'han de valorar, en primer lloc, les situacions clíniques següents: 1) HTA mal controlada ( $\geq 140/90$  mmHg), 2) urgència hipertensiva (PA elevada sense lesions d'òrgans diana) o 3) emergència hipertensiva (PA elevada amb lesions d'òrgans diana) [2,3]. Els punts de tall establerts per definir PA elevada varien a les diferents guies de pràctica clínica: PA sistòlica (PAS)  $\geq 180$  mmHg i/o PA diastòlica (PAD)  $\geq 10$  mmHg [2] o PAS  $\geq 80$  mmHg i/o PAD  $\geq 120$  mmHg [4-6]. Les afectacions d'òrgans diana són les que es donen a nivell del cervell, el cor, els ronyons, les artèries centrals i perifèriques i els ulls [1]. En aquest sentit, tant a la urgència com a l'emergència hipertensiva se les engloba com a "crisis hipertensives". Els estudis epidemiològics estimen que aproximadament 1 de cada 200 visites als serveis d'urgències són per crisis hipertensives, de les quals entre la meitat i dos terços serien urgències hipertensives [3,7].

Encara que aquesta classificació i nomenclatura continua utilitzant-se tant a la pràctica clínica com a algunes de les guies de pràctica clínica recents [1], darrerament s'ha qüestionat l'ús d'aquesta terminologia. Com a cas destacat, l'any 2019, el grup de treball de la guia de la Societat Europea de Cardiologia (ESC) i la Societat Europea d'Hipertensió (ESH), tenint en compte que no hi ha evidència que el tractament en pacients amb HTA sense danys en els òrgans diana (HTA d'urgència) sigui diferent que en pacients amb HTA mal controlada, va considerar preferible no utilitzar el terme "urgència hipertensiva" i utilitzar només "emergència hipertensiva" per referir-se a aquelles situacions en què queda justificada la necessitat d'un tractament immediat. Aquest fet

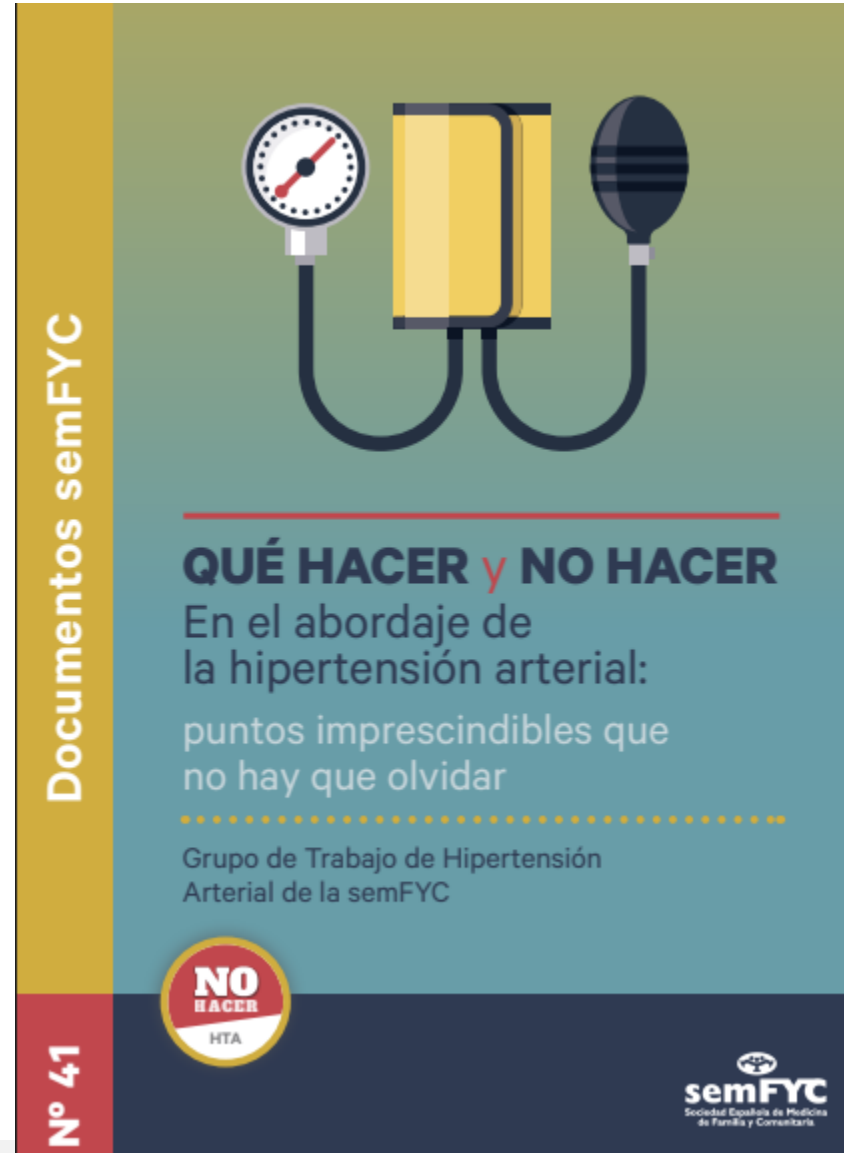
situa el judi clínic del personal sanitari.

Aquesta línia és una recomanació per a l

# Urgència hipertensiva i tractament

- Davant d'una crisi hipertensiva, cal descartar si hi ha danys als òrgans diana, per identificar si es tracta d'una urgència hipertensiva o d'una emergència hipertensiva.
- Les urgències hipertensives no s'associen amb resultats adversos a curt termini i la majoria són degudes a la manca d'adherència al tractament habitual per a la hipertensió.
- El maneig de les urgències hipertensives es fa amb tractament per via oral i no per via intravenosa, tot i que caldrà valorar la indicació dels fàrmacs orals.
- Una reducció dràstica de la pressió arterial pot produir dany greu (hipoperfusió, hipotensió) i, per tant, no està recomanada en pacients amb urgència hipertensiva.





## ¿Qué hacer en hipertensión arterial?

---

**1**

**Medir la presión arterial en la consulta de forma correcta, siguiendo un método estandarizado y usando aparatos validados y bien calibrado**

---

La medida de la PA en la consulta debe realizarse siguiendo un proceso estandarizado y mediante aparatos validados y bien calibrados, que permitan asegurar que las cifras obtenidas son las correctas

---

Per obtenir un valor vàlid hem de seguir un procediment de mesura estàndard i amb aparells validats.

**NO fer servir un braçal estàndard per un braç que no és estàndard**

**2**

## **Evaluar la presión arterial de forma ambulatoria mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial en la mayoría de los pacientes hipertensos**

Las decisiones clínicas en el manejo de la HTA deben tomarse siempre que sea posible basándonos en los valores de la presión arterial ambulatorios, y no única y exclusivamente en los valores de la PA en la consulta. A falta de poder generalizar la MAPA en todos los pacientes hipertensos, deberíamos priorizarla

**Si prenem decisions amb valors aïllats i obtinguts en consulta ens equivocarem**

## **Xifres ambulatòries!!**

**Si un pacient té HTA de bata blanca no el podem controlar segons  
xifres clíniques. Però no és normotens!**

**Tampoc l'hipertens emmascarat es pot controlar amb xifres clíniques**

**3**

### **Evaluar el riesgo cardiovascular global de todos los hipertensos, así como la existencia de lesión en el órgano diana, como base para la toma de decisiones para el tratamiento**

La HTA no suele aparecer de forma aislada, sino que en muchos de los casos se asocia a otros factores de riesgo cardiovascular (RCV), incrementándose su incidencia conforme se manifiesta un marcador de riesgo como es la edad. Basándonos en esto, el abordaje de la HTA en prevención primaria se debería realizar en el contexto de la evaluación del RCV global

**No hem de tractar xifres, sinó tractar la persona en la seva globalitat**

**5**

## **Tener siempre presentes las medidas no farmacológicas en el tratamiento de la hipertensión arterial**

Las medidas no farmacológicas de la HTA, comúnmente conocidas como «modificaciones del estilo de vida», constituyen el primer escalón terapéutico. Pocos pacientes podrán mantenerlas como única terapia, pero deben estar presentes y ser también coadyuvantes al esquema farmacológico, pues, por un lado, su realización potencia su efecto y puede reducir el número de fármacos necesarios y, por otro, su no cumplimiento puede interferir en el tratamiento e incluso ser una causa de HTA resistente

**Si només pautem fàrmacs no estem tractant bé**



## **Utilizar combinaciones sinérgicas de fármacos**

**La combinación farmacológica es frecuente y necesaria en el tratamiento de la HTA, ya que son pocos los pacientes que conseguirán los objetivos de control con la monoterapia**

**7**

## **Evaluar siempre el cumplimiento terapéutico antes de añadir más fármacos al esquema terapéutico**

**Se debe valorar siempre el cumplimiento del tratamiento prescrito, tanto farmacológico como no farmacológico, antes de realizar cambios en el tratamiento actual. Ello debe hacerse de forma objetivable y sin culpabilizar al paciente**

# ¿Qué no hacer en hipertensión arterial?

---

**1**

**Establecer como determinante para el tratamiento o no de los pacientes hipertensos la edad cronológica por sí sola, ni siquiera en las personas mayores**

---

La HTA está claramente relacionada con una mayor incidencia de diversos eventos cardiovasculares (ictus isquémicos y hemorrágicos, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica, fibrilación auricular y muerte súbita) y de la enfermedad renal crónica; además parece incrementar el riesgo de aparición de deterioro cognitivo. Este riesgo se da con la elevación de la presión arterial diastólica y/o sistólica, aunque en menores de cincuenta años es la presión arterial diastólica la que presenta una asociación más fuerte con el incremento del riesgo cardiovascular; por el contrario, por encima de esta edad, la presión arterial sistólica parece ser mejor predictor de eventos cardiovasculares

**La variable principal no és l'edat, és la fragilitat**

**2**

**Considerar que las personas mayores frágiles posiblemente se puedan beneficiar de presión arterial más alta y es mejor no tratarlas, reevaluando periódicamente la posibilidad de deprescripción en caso de tratamiento farmacológico**

La exclusión de pacientes con múltiples morbilidades, fragilidad, edad avanzada y deterioro cognitivo clínicamente significativo de los ensayos clínicos de disminución de la PA, así como la evidencia de que tanto la PA baja como la hipotensión ortostática se asocian con un incremento de los efectos adversos (síncope, caídas y fracturas, anomalías electrolíticas e insuficiencia renal), deben guiar cuidadosamente el manejo de la HTA en pacientes muy mayores, en especial cuando son frágiles

**Evitar la inèrcia**

**Fragilitat = Prudència**



### **Instaurar un tractament antihipertensiu en totes les elevacions agudes de la pressió arterial**

**Si no hay una situación de riesgo, antes de instaurar el tratamiento antihipertensivo, hay que confirmar que se trata de un incremento tensional agudo y repetir la medida de PA estandarizada después de reposo de unos 10-30 minutos**



+Model  
 HIPERT-604; No. of Pages 18

# ARTICLE IN PRESS

Hipertensión y riesgo vascular xxx (xxxx) xxx-xxx



## Hipertensión y riesgo vascular

[www.elsevier.es/hipertension](http://www.elsevier.es/hipertension)


### SPECIAL ARTICLE

## Practices of low value or unnecessary practices in vascular prevention Document of the Spanish Interdisciplinary Committee for Vascular Prevention

C. Brotons<sup>a,b,c,\*</sup>, I. Moral<sup>b,c</sup>, J.M. García Abajo<sup>b,d</sup>, J. Caro Mendivelso<sup>e,bc</sup>,  
 O. Cortés Rico<sup>f,g</sup>, Á. Díaz<sup>h,i</sup>, R. Elosua<sup>j,k,l,m</sup>, D. Escribano Pardo<sup>a,n</sup>,  
 M.M. Freijo Guerrero<sup>n,o,p</sup>, M. González Fondado<sup>q</sup>, M. Gorostidi<sup>r,s</sup>,  
 M.M. Goya Canino<sup>t,u,v</sup>, M. Grau<sup>w,x,y</sup>, C. Guijarro Herraiz<sup>z,aa</sup>, C. Lahoz<sup>ab,ac</sup>,  
 E. Lopez-Cancio Martínez<sup>n,ad</sup>, N. Muñoz Rivas<sup>ab,ae</sup>, E. Ortega<sup>af,ag,ah</sup>,  
 V. Pallarés-Carratalá<sup>h,ai,aj</sup>, E. Rodilla<sup>ak,al</sup>, M.Á. Royo-Bordonada<sup>am,an</sup>,  
 L.M. Salmerón Febres<sup>añ,ao,ap</sup>, R. Santamaria Olmo<sup>r,aq,ar</sup>, M.M. Torres-Fonseca<sup>añ,as,at</sup>,  
 A. Velescu<sup>añ,au,av,aw,ax</sup>, A. Zamora<sup>z,ay,az,ba</sup>, P. Armario<sup>ak,bb</sup>

<sup>a</sup> SEMFYC, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Barcelona, Spain

<sup>b</sup> Institut de Recerca Sant Pau, Barcelona, Spain

<sup>c</sup> Equipo de Atención Primaria Sardenya, Barcelona, Spain

<sup>d</sup> Servei Epidemiologia Clínica i Salut Pública Hospital Sant Pau, Barcelona, Spain

<sup>e</sup> AQUAS, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Barcelona, Spain

<sup>f</sup> AEPap, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Spain

<sup>g</sup> Centro de Salud Canillejas, DAE, Madrid, Spain

<sup>h</sup> SEMERGEN, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Spain

<sup>i</sup> Centro de Salud Bembibre, Bembibre, Spain

<sup>j</sup> SEE, Sociedad Española de Epidemiología, Spain

<sup>k</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Vic - Universidad Central de Cataluña (UVic-UCC), Vic, Spain

<sup>l</sup> Hospital del Mar Research Institute (IMIM), Barcelona, Spain

<sup>m</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Spain

+Model  
HIPERT-604; No. of Pages 18

## ARTICLE IN PRESS

Hipertensió y riesgo vascular xxx (xxxx) xxx-xxx

### PALABRAS CLAVE

Atención de bajo  
valor;  
Prevención;  
Enfermedades  
cardiovasculares;  
Revisión por pares

### Prácticas de escaso valor o prácticas innecesarias en prevención vascular

#### Resumen

**Antecedentes:** Las prácticas de escaso valor son intervenciones evitables que no aportan beneficios para la salud. El objetivo de este estudio fue realizar una revisión de las recomendaciones de prácticas de escaso valor en prevención vascular.

**Métodos:** Se hizo una búsqueda en las principales sociedades científicas europeas y norteamericanas de guías de práctica clínica de prevención vascular y se realizó una revisión narrativa de las recomendaciones de escaso valor publicadas desde el 2014 al 2024.

**Resultados:** Fueron revisadas un total de 38 guías de práctica clínica y documentos de consenso de organismos internacionales de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, y Europa, 28 de los cuales incluían entre 1 y 20 recomendaciones sobre prácticas de escaso valor en prevención vascular. El número total de recomendaciones fue de 141. La American Heart Association es la sociedad que mayor número de recomendaciones de escaso valor ofrece, 39 recomendaciones (27,7%) en 5 guías de práctica clínica (13,2% de las guías con alguna recomendación). La guía para el manejo de la hipertensión arterial de la European Society of Hypertension es la guía que mayor número de recomendaciones de escaso valor concentra en una única guía, con 20 recomendaciones (14,2%).

**Conclusiones:** Cada vez hay más guías que explícitamente describen actividades diagnósticas o farmacológicas de escaso valor o de No Hacer de clase III o recomendación D. Algunas guías coinciden, pero otras muestran discrepancias, lo que puede ilustrar la incertidumbre de la evidencia científica y las diferencias en su interpretación.

© 2025 SEH-LELHA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

**Table 6** Low-value or unnecessary practices recommendations against antihypertensive treatment.

| Treatment                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                             |             |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------|
| Scientific Society                                                                                                                            | Recommendations                                                                                                                                                             | Population  | Risk factor or disease                             |
| <i>BP-lowering drug treatment</i>                                                                                                             |                                                                                                                                                                             |             |                                                    |
| ESH <sup>16</sup> ; ESC <sup>29</sup><br>ESC <sup>22</sup><br>ESC <sup>27</sup><br>ESC <sup>22</sup> ; ESC <sup>29</sup><br>ESH <sup>16</sup> | Dual combination of an ACEi with an ARB is not recommended.                                                                                                                 | Adults      | HTA<br>Chronic Kidney Disease                      |
|                                                                                                                                               | The combination of two RAS blockers is not recommended.                                                                                                                     | Adults      | HTA + DM2                                          |
|                                                                                                                                               | Use of non-DHP-CCB is not recommended due to their pronounced negative-inotropic effect                                                                                     | Adults      | HTA                                                |
| ACC/AHA/ACCP/HRS <sup>20</sup>                                                                                                                | non-DHP-CCB should not be administered given their potential to exacerbate HF                                                                                               |             | HTA + Heart failure with reduced ejection fraction |
| ESH <sup>16</sup>                                                                                                                             | Do not actively aim to target office SBP below 120 mmHg or DBP below 70 mmHg during drug treatment                                                                          |             | Atrial Fibrillation and LVEF < 40%                 |
|                                                                                                                                               | The combination of two RAS blockers is not recommended due to increased risk of adverse events, in particular AKI.                                                          | Adults      | HTA                                                |
|                                                                                                                                               | Withdrawal of BP-lowering drug treatment on the basis of age, is not recommended, if treatment is well tolerated.                                                           | Adults > 80 |                                                    |
|                                                                                                                                               | Dual GIP/GLP-1 RA or GLP-1 RA should not be prescribed for BP control                                                                                                       | Adults      | HTA + Obesity                                      |
|                                                                                                                                               | Obese patients should not be referred to bariatric surgery for BP control                                                                                                   |             |                                                    |
|                                                                                                                                               | Non-DHP CCBs should be avoided in cancer patients who are treated with anticancer drugs that are susceptible to pharmacokinetic interactions mediated by CYP3A4 and/or P-gp | Adults      | HTA + Cancer                                       |
|                                                                                                                                               | Routine BP-lowering with antihypertensive therapy is not recommended                                                                                                        | Adults      | HTA + Acute ischemic stroke                        |
|                                                                                                                                               | BP target of less than 120/70 mmHg is not recommended                                                                                                                       | Adults      | HTA + CKD                                          |
|                                                                                                                                               | Bedtime administration of antihypertensive drugs should be avoided as it may increase the risk of excessive lowering of BP and thus visual field loss                       |             | HTA + glaucoma                                     |
|                                                                                                                                               | Too marked BP-lowering should be avoided. On-treatment DBP < 80 mmHg is not recommended                                                                                     | Women       | with hypertensive disorders in pregnancy           |
| ESH <sup>16</sup>                                                                                                                             | ACE inhibitors, ARBs, or direct renin inhibitors are not recommended                                                                                                        | Women       | HTA + pregnancy                                    |
| AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA <sup>17</sup>                                                                                                      | Women should not use ACE inhibitors, ARBs, direct renin inhibitors, angiotensin receptor neprilysin inhibitors, or aldosterone antagonists to prevent harm to the fetus.    | Women       | HTA + (contemplating) pregnancy                    |
| ADA <sup>24</sup>                                                                                                                             | Combinations of ACEi and ARBs and combinations of ACE inhibitors or ARBs with direct renin inhibitors should not be used.                                                   | Adults      | DM2                                                |
|                                                                                                                                               | Do not discontinue renin-angiotensin system blockade for increases in serum creatinine ( $\leq 30\%$ ) in the absence of volume depletion.                                  |             |                                                    |

| Treatment                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Scientific Society                                                                    | Recommendations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Population       | Risk factor or disease                                                                                                                                          |
|                                                                                       | An ACE inhibitor or an ARB is not recommended for the primary prevention of CKD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  | DM2 who have normal BP, normal UACR (<30 mg/g creatinine), and normal eGFR                                                                                      |
| <i>Heart rate control</i><br>ACC/AHA/ACCP/HRS <sup>20</sup><br>CCS/CHRS <sup>26</sup> | Dronedronone should not be used for long-term rate control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Adults           | Permanent atrial fibrillation with risk factors for cardiovascular events<br>Atrial Fibrillation + Heart Failure<br>CCD without previous MI or LVEF ≤ 50%       |
| AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA <sup>17</sup><br>ESC/EACTS <sup>28</sup>                   | The use of beta-blocker therapy is not beneficial in reducing MACE, in the absence of another primary indication for beta-blocker therapy. Antiarrhythmic drugs are not recommended                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Adults           | Patients with permanent Atrial fibrillation under rate control and in patients with advanced conduction disturbances unless antibradycardia pacing is provided. |
| ESH <sup>16</sup>                                                                     | Abrupt discontinuation of pre-existing therapy with BBs or centrally acting agents (e.g. clonidine) is potentially harmful and is not recommended.<br>BBs should usually not be combined with non-DHP CCBs (e.g. diltiazem or verapamil).<br>BB or non-DHP should be not initiated.                                                                                                                                                                                                                            | Adults           | HTA<br>HTA + very low heart rate (<50 beats per min)                                                                                                            |
| <i>Other</i><br>ESH <sup>16</sup>                                                     | It is not recommended to initiate anticancer therapy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Adults           | Cancer + uncontrolled hypertension and BP values ≥180 mmHg for systolic and/or ≥110 mmHg for diastolic BP<br>CCD                                                |
| AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA <sup>17</sup>                                              | Use of sympathomimetic weight loss drugs is potentially harmful. Chronic nonsteroidal anti-inflammatory drugs should not be used because of increased cardiovascular and bleeding complications. High dose glucocorticoids should not be used long term if alternative therapies are available because of increased cardiovascular risk. Women should not receive systemic postmenopausal hormone therapy because of a lack of benefit on MACE and mortality, and an increased risk of venous thromboembolism. | Adults           | CCD and rheumatoid arthritis                                                                                                                                    |
| ESVS <sup>23</sup>                                                                    | Hormone replacement therapy with estrogen or progestin is not recommended for prevention of cardiovascular disease.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Women            | CCD                                                                                                                                                             |
| ESC <sup>22</sup><br>ESC <sup>27</sup>                                                | Prostanoids are not recommended to improve walking distance<br>SSRIs, SNRIs, and tricyclic antidepressants are not recommended<br>When clopidogrel is used, omeprazole and esomeprazole are not recommended for gastric protection                                                                                                                                                                                                                                                                             | Adults<br>Adults | Intermittent claudication<br>Heart Failure + major depression<br>DM2                                                                                            |
| AHA/ASA <sup>21</sup>                                                                 | Treatment with antibiotics for chronic infections as a means to prevent stroke is not recommended                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Adults           | -                                                                                                                                                               |

ACEi: angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors; AKI: acute kidney injury; ARB: angiotensin II receptor blocker; BB: beta-blockers; BP: blood pressure; CCBs: calcium channel blocking agents; CCD: coronary cardiovascular disease; CKD: Chronic Kidney Disease; DBP: diastolic blood pressure; HF: heart failure; LVEF: left ventricular ejection fraction; MACE: major adverse cardiovascular events; MI: myocardial infarction; non-DHP: non-dihydropyridine agents; eGFR: serum creatinine/estimated glomerular filtration rate; RAS blocker: Renin-angiotensin-

- **No combinar dos bloquejadors del sistema renina-angiotensina (RAS)**  
Evitar combinació d'IECA + ARA II o amb inhibidors directes de la renina (per risc d'efectes adversos, especialment insuficiència renal).
- **Evitar bloquejadors de canals de calci no dihidropiridínics (verapamil, diltiazem)**  
Contraindicats **en IC amb FE reduïda** per efecte inotrópic negatiu.
- **Evitar combinació de beta-bloquejants amb bloquejadors de canals de calci no dihidropiridínics**  
Risc de bradicàrdia severa.
- **No iniciar beta-bloquejants o bloquejadors no dihidropiridínics si FC <50 bpm**  
Pot provocar bloqueig AV.

- **Evitar interrupció brusca de beta-bloquejants o fàrmacs d'acció central (clonidina)**

Pot causar efectes adversos greus.

- **No interrompre bloqueig del sistema renina-angiotensina per augment lleu de creatinina ( $\leq 30\%$ )**

Si no hi ha deshidratació, mantenir tractament.

- **Evitar administració nocturna rutinària d'antihipertensius**  
Pot augmentar el risc d'hipotensió excessiva i pèrdua de camp visual en glaucoma.
- **No perseguir objectius de PA massa baixos en tractament farmacològic**  
Evitar reduir PAS <120 mmHg o PAD <70 mmHg en adults amb HTA.  
En IRC tampoc, risc hipoperfusió renal.
- **No retirar tractament antihipertensiu només per l'edat**  
Si el tractament és ben tolerat, mantenir-lo encara que el pacient tingui >80 anys.

- **No prescriure inhibidors duals GLP/GLP-1 ni cirurgia bariàtrica amb l'únic objectiu de controlar PA**

No indicat per control exclusiu de HTA.

- **Evitar bloquejadors de canals de calci no dihidropiridínics en pacients oncològics amb fàrmacs que interaccionen via CYP3A4/P-gp**

Risc d'interaccions greus.

- **No iniciar tractament amb quimioteràpia en pacients amb càncer i HTA no controlada si PA  $\geq$  180/110 mmHg**

Primer controlar PA abans de començar tractament oncològic.

- **No iniciar tractament antihipertensiu rutinari en ictus isquèmic agut**  
No aporta benefici immediat.
- **Evitar reduccions excessives de PA en dones amb trastorns hipertensius de l'embaràs**  
PAD <80 mmHg no recomanada.

**No utilitzar IECA, ARA II ni inhibidors directes de la renina en embaràs**  
Risc de dany fetal.





<sup>1</sup> Department of Family Medicine and Community Health, UMass Chan Medical School, Barre Family Health Center, Barre, MA, USA

<sup>2</sup> General Practice, School of Public Health and Community Medicine, Institute of Medicine, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden

<sup>3</sup> Global Center for Sustainable Healthcare

<sup>4</sup> Royal College of General Practitioners, London, UK

<sup>5</sup> University of Birmingham, Birmingham, UK

<sup>6</sup> Department of Family Medicine, University of Alberta, Alberta, Canada

Correspondence to: M Johansson  
minna.johansson@vgregion.se

Cite this as: *BMJ* 2025;388:e080811  
<http://doi.org/10.1136/bmj-2024-080811>

Published: 21 January 2025

## Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice

Expansion of preventive clinical recommendations in primary care has had the unintended consequence of destabilising this foundation of the healthcare system, argue **Minna Johansson and colleagues**

Stephen A Martin,<sup>1</sup> Minna Johansson,<sup>2,3</sup> Iona Heath,<sup>4</sup> Richard Lehman,<sup>5</sup> Christina Korownyk<sup>6</sup>

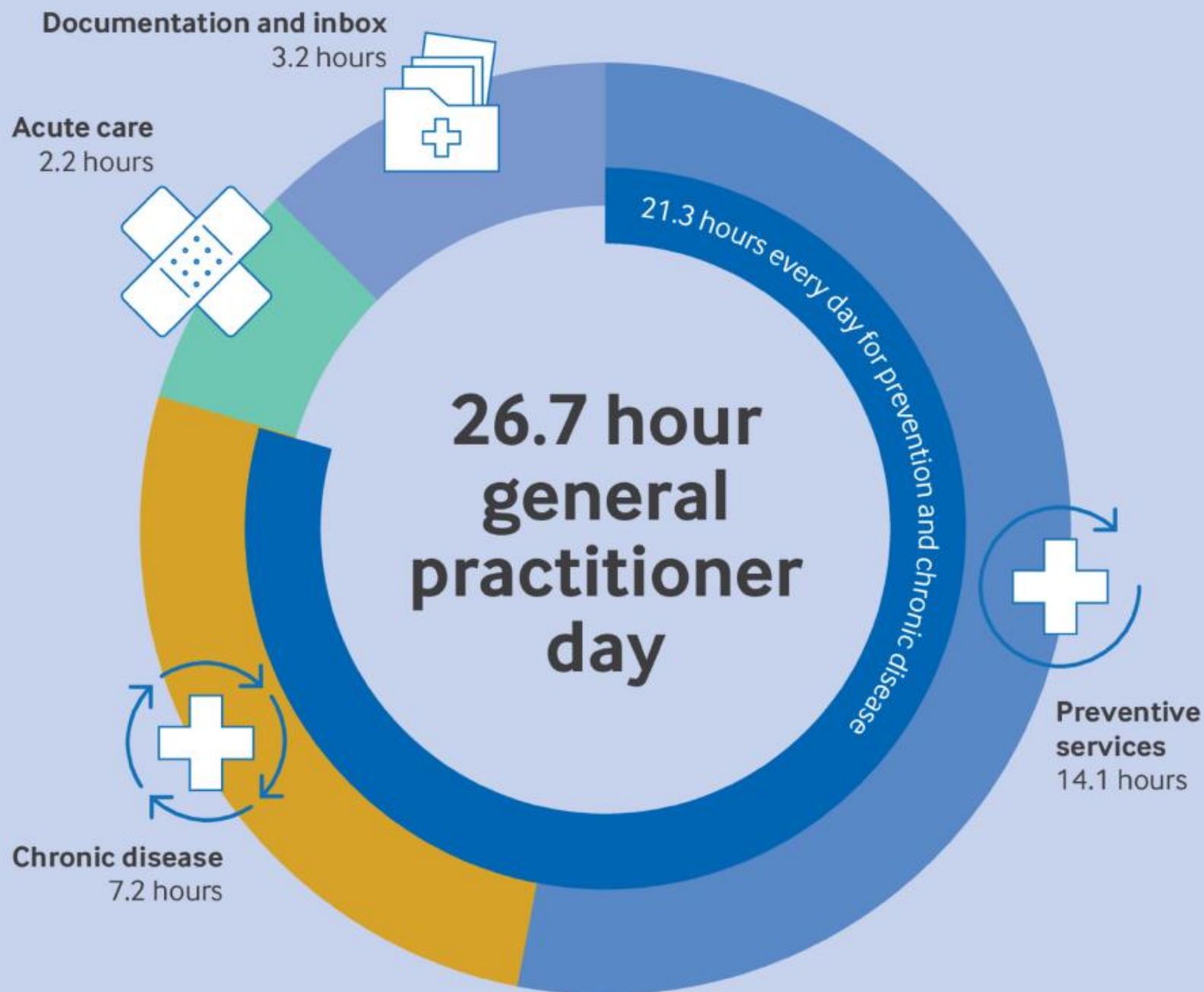
For thousands of years, clinicians cared exclusively for people who were sick. Only over the past five decades has primary care's focus been increasingly redirected towards risk, not symptoms.<sup>1</sup> The change to medical prevention was ushered in during the late 1960s, when diuretic treatment of diastolic blood pressures of 115-129 mm Hg was found to prevent cardiovascular events with a number needed to treat (NNT) of 6 people a year.<sup>2-4</sup>

This beneficial intervention was targeted at a high risk population. However, today primary care is increasingly asked to prevent disease in lower risk populations that, at times, compose the majority of the population. Lower baseline risk leads to higher numbers of patients needed to screen and treat—ranging from the hundreds to infinity.<sup>5</sup> Although the principle of “prevention is better than cure” is intuitively appealing, it is also empirically limited and distorts clinical relationships: the expansion of and focus on primary prevention interventions for low risk patients is incongruous for

This expansion of medical territory—without a commensurate benefit or an impossible expansion of time—is a major contributor to the primary care crisis in many high income countries. To save primary care from collapse, the enthusiasm for minimally beneficial clinical preventive services in asymptomatic, low risk populations must be curbed and responsibility for primary disease prevention returned or reassigned to public health.

### Reconciling competing demands with patient needs

Each new prevention activity or expanded target population exacts an unacknowledged opportunity cost on primary care.<sup>6</sup> Because time cannot proportionally increase, each extra act of prevention should create improved health outcomes beyond the status quo of caring for sick people. But prevention recommendations are rarely (if ever) evaluated with this perspective. For example, US primary care physicians require 27 hours each work day to follow



- **Controls en pacients hipertensos:** gir cap a la prevenció va començar als anys 60 amb el tractament diürètic de PAD molt altes (115-129 mm Hg), amb benefici clar (NNT = 6 per any).  
Prevenció útil en població d'alt risc.
- **Guies europees d'hipertensió i risc cardiovascular:** si s'apliquen a població general, més del 80% d'adults haurien de veure el metge per reduir RCV (poblacions de risc baix)
- **Magnitud del benefici en HTA:** qüestionen "prevenció" amb exemples com reduir PAS de 160 mmHg, menys d'1 de cada 50 pacients es beneficia en 3 anys (benefici absolut baix/NNT alt), especialment fora de poblacions d'alt risc.
- HTA grau 1? Guies diuen que sí, però d'altres no. Benefici en gent jove?? Tot té riscos, ens quedariem tranquils?



# Atención Primaria

[www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)



EDITORIAL semFYC

## Atención Primaria y Prevención: ¿Dilema o sinergia?

## Primary Care and Prevention: Dilemma or synergy?"



Estas últimas semanas el artículo "*Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice*" publicado en BMJ <sup>1</sup> ha tenido una gran difusión, siendo recogido por blogs muy consultados en la medicina de familia y la Atención Primaria (AP) en España <sup>2 3</sup>.

El artículo argumenta que la expansión de las recomendaciones de prevención clínica en AP ha tenido consecuencias no deseadas, desestabilizando el sistema de salud y desviando a los/as médicos/as de familia de su papel fundamental: el cuidado de las personas enfermas. Los autores proponen que la responsabilidad de la prevención primaria debería recaer más en la salud pública que en la AP. Aludiendo a que la expansión de las actividades preventivas ha

longitudinalidad como característica esencial y única de la AP, y la necesidad de tener tiempo en los centros, para hacer un buen diagnóstico y una buena atención a los principales problemas de salud en la población.

Por otro lado, hay aspectos que consideramos que deben tenerse en cuenta y en los que diferimos en mayor o menor medida de los planteamientos expresados. El cuidado holístico de la persona propio de la AP incluye, para nosotros, la valoración del estilo de vida, ya que es determinante para la aparición y la evolución de las enfermedades crónicas que no sólo condicionan la duración de vida de las personas, sino también y mucho, la calidad de esa vida. Modificar estos factores es la única manera de modificar la historia natural

**Activitats preventives amb evidència sòlida** són part essencial de l'AP, **no fer-les seria mala pràctica**: control de PA, consell per deixar de fumar i reduir alcohol.  
Control de PA: efectiu i cost-efectiu, i forma part del paquet mínim del PAPPS

Proposa periodicitat cada 2 anys per a persones sanes, sense fer "chequeos" sistemàtics, sinó abordatge oportunista (primer es resol el motiu de consulta i després intervenció preventiva breu i personalitzada)

La nostra realitat és diferent de la dels autors del BMJ: l'AP aquí té equips multidisciplinars (amb **infermeria** molt implicada en prevenció).

Concl: renunciar a la prevenció clínica (com el control de la HTA) seria perdre una funció clau de l'AP.

Però: amb sentit (en HTA no ECG anuals, no controls excessius, no en pacients ben controlats...)

I prevenció de valor, a cada pacient prioritzar

## **Tractament de la hipertensió: de precisió**



