

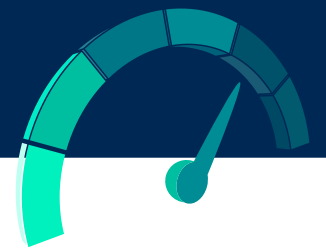


PUNTOS CLAVE

Guía para el abordaje de la presión arterial elevada y la hipertensión

Poblaciones especiales

ESC 2024



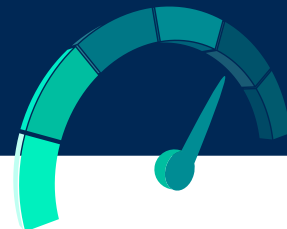
Índice

1. Elección del antihipertensivo de inicio	3
2. Adultos jóvenes (18 a 40 años)	4
3. Edad muy avanzada (≥ 85 años), fragilidad, multimorbilidad y polifarmacia)	4
4. Hipertensión sistólica aislada	5
5. Hipertensión diastólica aislada	6
6. Hipotensión ortostática con hipertensión en supino	6
7. Diabetes	7
8. Enfermedad renal crónica	8
9. Cardiopatías	8
10. Enfermedad cerebrovascular crónica o deterioro cognitivo	10
11. Grupos étnicos	10
Siglas	12
Referencias	13

1. Elección del antihipertensivo de inicio

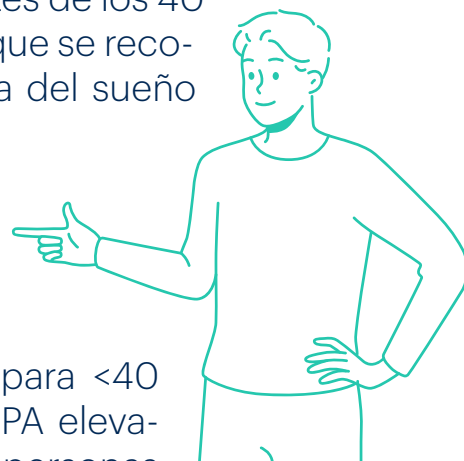
Elección del antihipertensivo de inicio, según la enfermedad concomitante

Comorbilidad	Fármaco de inicio
DM Síndrome metabólico	IECA ARA-II ACC
ERC Proteinuria/albuminuria	IECA ARA-II Diurético ACC iSGLT2
Tras infarto de miocardio	BB IECA ARA-II ARM
Fibrilación auricular	BB IECA ARA-II
Insuficiencia cardíaca	IECA ARA-II ARM BB iSGLT2 Diurético



2. Adultos jóvenes (18 a 40 años)

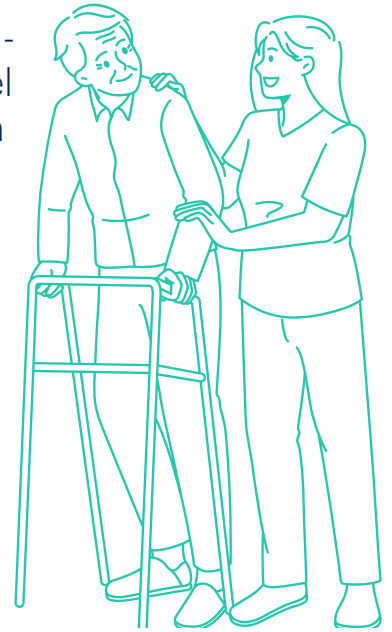
- La hipertensión secundaria es más frecuente en los jóvenes que en los hipertensos de aparición más tardía.
- Se recomienda un despistaje exhaustivo de las principales causas de HTA secundaria en adultos diagnosticados de HTA antes de los 40 años, excepto en adultos jóvenes obesos, en los que se recomienda empezar evaluando la apnea obstructiva del sueño (clase I, nivel B).
- Las principales causas de HTA secundaria incluyen la HTA inducida por fármacos y el aldosteronismo primario.
- Dado que la escala SCORE2 no está validada para <40 años, puede evaluarse el DOIH en jóvenes con PA elevada sin otros factores de RCV para identificar más personas candidatas al tratamiento farmacológico (clase IIb, nivel B).



3. Edad muy avanzada (≥ 85 años), fragilidad, multimorbilidad y polifarmacia

- Las directrices de tratamiento para los pacientes <85 años que no tienen una fragilidad moderada o grave son las mismas que para las personas más jóvenes, siempre que toleren bien el tratamiento hipotensor (clase I, nivel A).
- Entre las personas con hipotensión ortostática sintomática previa al tratamiento, edad ≥ 85 años, fragilidad moderada a grave clínicamente significativa o poca esperanza de vida (<3 años), debe valorarse el tratamiento hipotensor solo a partir de $\geq 140/90$ mmHg (clase IIa, nivel B).
- Debe evaluarse la fragilidad en los adultos mayores mediante pruebas clínicas validadas, ya que la seguridad y la eficacia del tratamiento de la PA son menos seguras en personas con fragilidad moderada o grave (clase IIa, nivel C).

- En pacientes ≥ 85 años o con fragilidad moderada-grave (a cualquier edad), debe considerarse iniciar el tratamiento con ACC dihidropiridínicos de acción prolongada o inhibidores del SRA, seguidos si es necesario de diuréticos en dosis bajas (si se toleran); es preferible no administrar BB (a menos que existan indicaciones convincentes) o bloqueantes α (clase IIa, nivel B).
- No se aconseja iniciar el tratamiento con una combinación de fármacos en la mayoría de los pacientes muy ancianos o frágiles, salvo que la PA sea muy elevada.
- Si al progresar la fragilidad la PA disminuye, puede sopesarse la desprescripción de fármacos hipotensores (clase IIb, nivel C).



4. Hipertensión sistólica aislada

- Se define como una PAS ≥ 140 mmHg y una PAD < 90 mmHg.
- Es el tipo de HTA más frecuente en los pacientes de edad avanzada.
- Debe evitarse la inercia terapéutica en pacientes de edad avanzada con HTA sistólica aislada.
- Deben evitarse los BB en pacientes con HTA sistólica aislada (o, más en general, con rigidez arterial), ya que, debido a la menor frecuencia cardíaca, aumentan el volumen sistólico.
- En los adultos jóvenes con HTA sistólica aislada, podría ser razonable evaluar la PA central y la rigidez arterial. Además, se recomienda medir la PA fuera de la consulta para excluir la HTA de bata blanca, pues a menudo se asocia con HTA sistólica aislada en los jóvenes.

¿Sabías que la mayoría de los pacientes hipertensos de edad avanzada tienen hipertensión sistólica aislada y que, a medida que avanza la edad, el riesgo de ECV depende más de la PA sistólica que de la diastólica?



5. Hipertensión diastólica aislada

- Se define como una PAS <140 mmHg y una PAD ≥ 90 mmHg.
- La HTA diastólica aislada se observa con mayor frecuencia en adultos jóvenes y, en particular, en adultos jóvenes con obesidad u otras alteraciones metabólicas. En los adultos mayores con este fenotipo, debe considerarse si la PAD se midió con exactitud.
- Dado que el riesgo absoluto de ECV entre los jóvenes es bajo, no está claro si la HTA diastólica aislada debe tratarse farmacológicamente, especialmente entre las personas cuya PAS basal ya se encuentra en el objetivo de 120-129 mmHg. En cualquier caso, debe hacerse seguimiento, ya que los pacientes con HTA diastólica aislada presentan mayor riesgo de hipertensión sistólica.
- Cuando un paciente alcanza el objetivo de PAS de 120-129 mmHg con el tratamiento hipotensor, hay poca o ninguna evidencia de ensayos de alta calidad de que la intensificación adicional de la medicación hipotensora para alcanzar tanto una PA sistólica de <120 mmHg como una PA diastólica de <70 mmHg mejore el pronóstico CV.

6. Hipotensión ortostática con hipertensión en supino

- Se define como una caída de la PA de $\geq 20/10$ mmHg después de levantarse de una posición sentada o tumbada a una posición de pie.
- Antes de iniciar o intensificar la medicación antihipertensiva, se recomienda realizar una prueba de hipotensión ortostática, haciendo que el paciente permanezca sentado o tumbado durante 5 minutos y midiendo la PA 1 y/o 3 minutos después de ponerse de pie (clase I, nivel B).

¿Sabías que ≈ 10 % de los adultos hipertensos tienen hipotensión ortostática?



- Se recomiendan medidas no farmacológicas como tratamiento de primera línea de la hipotensión ortostática en personas con HTA en supino. También se recomienda cambiar los antihipertensivos que empeoran la hipotensión ortostática por un tratamiento hipotensor alternativo, y no simplemente desintensificar el tratamiento (clase I, nivel A).

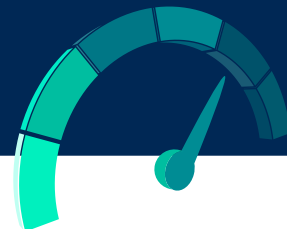
¿Sabías que el tratamiento intenso de la HTA no empeora la hipotensión ortostática?

7. Diabetes

- En promedio, los pacientes con diabetes presentan un riesgo de ECV a 10 años $\geq 10\%$. Sin embargo, se recomienda estimar el RCV de los pacientes < 60 años con DM2 usando el SCORE2-Diabetes.
- En la mayoría de los adultos con PA elevada y diabetes, tras un máximo de 3 meses de intervención en los hábitos de vida, se recomienda tratamiento farmacológico para aquellos con PA confirmada en consulta $\geq 130/80$ mmHg, con el fin de reducir el riesgo de ECV (clase I, nivel A).
- Se recomienda tratamiento farmacológico hipotensor en las personas con pre-diabetes u obesidad cuando la PA confirmada en consulta es $\geq 140/90$ mmHg o cuando la PA en consulta es 130-139/80-89 mmHg y el paciente tiene un RCV a 10 años $\geq 10\%$ o tiene enfermedades de alto riesgo, a pesar de un máximo de 3 meses de cambios en los hábitos de vida (clase I, nivel A).
- El objetivo en las personas diabéticas que reciben fármacos hipotensores es una PAS de 120-129 mmHg, si se tolera (clase I, nivel A).
- Todas las clases principales de fármacos hipotensores son eficaces para prevenir la ECV. Sin embargo, la albuminuria es más frecuente en las personas con diabetes, por lo que los IECA y los ARA-II presentan ventajas que pueden justificar su preferencia en estos pacientes.



¿Sabías que no hay pruebas científicas sólidas de que los objetivos del tratamiento de la PA sean diferentes en los pacientes con diabetes?



- Los IECA y los ARA-II son eficaces para prevenir la diabetes de nueva aparición, por lo que pueden valorarse en pacientes con riesgo de diabetes en quienes está indicado un tratamiento hipotensor.

8. Enfermedad renal crónica

- $\geq 130/80$ mmHg, se recomienda optimizar los hábitos de vida y la medicación hipotensora para reducir el RCV, siempre que se tolere bien (clase I, nivel A).
- En adultos con ERC de moderada a grave que reciben fármacos hipotensores y que tienen una TFGe >30 ml/min/1,73 m², se recomienda un objetivo de PA sistólica en 120-129 mmHg, si se tolera (clase I, nivel A).
- En personas con una TFGe <30 ml/min/1,73 m² o trasplante renal, se recomiendan objetivos de PA individualizados (clase I, nivel A).
- En pacientes hipertensos con ERC y TFGe >20 ml/min/1,73 m², se recomienda el uso de iSGLT2 para mejorar los desenlaces clínicos, en el contexto de sus modestas propiedades hipotensoras (clase I, nivel A).
- Los IECA y los ARA-II son más eficaces para reducir la albuminuria que otros agentes hipotensores y deben considerarse parte de la estrategia de tratamiento de los pacientes con HTA y microalbuminuria o proteinuria (clase IIa, nivel B).



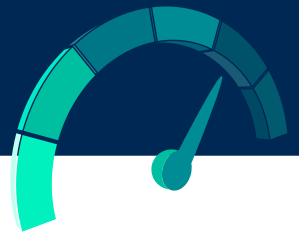
¿Sabías que ≈ 850 millones de personas en todo el mundo padecen ERC, de las cuales más del 80 % son hipertensas, y se prevé que la prevalencia aumente hasta los 1560 millones en 2025?

9. Cardiopatías

- Se recomienda tratar farmacológicamente a todos los pacientes con antecedentes de ECV (incluidas las coronariopatías) que tengan una PA $\geq 130/80$ mmHg.

- El objetivo del tratamiento es alcanzar una PA de 120-129/70-79 mmHg, siempre que el tratamiento se tolere. Una PAS de 120 mmHg (especialmente mediante evaluación fuera del consultorio) es probablemente el objetivo óptimo de este intervalo.
- En los pacientes con antecedentes de infarto de miocardio que precisan tratamiento hipotensor, se recomiendan BB y antagonistas del SRA como parte del tratamiento (clase I, nivel A).
- En pacientes con angina sintomática que requieren tratamiento hipotensor, se recomiendan BB y/o ACC como parte del tratamiento (clase I, nivel A).
- En los pacientes con IC sintomática con fracción de eyección reducida o ligeramente reducida, se recomiendan los siguientes tratamientos con efectos hipotensores para mejorar los desenlaces clínicos: IECA (o ARA-II si no se toleran los IECA) o INRA, BB, ARM e iSGLT2 (clase I, nivel A).
- En los pacientes hipertensos con IC sintomática con fracción de eyección mantenida, se recomienda el uso de iSGLT2 para mejorar los desenlaces clínicos, además de sus modestas propiedades hipotensoras (clase I, nivel A).
- En pacientes con antecedentes de estenosis o insuficiencia de la válvula aórtica o con antecedentes de insuficiencia moderada o grave de la válvula mitral que precisen tratamiento hipotensor, debe considerarse el uso de antagonistas del SRA como parte de dicho tratamiento (clase IIa, nivel C).
- En pacientes con IC sintomática con fracción de eyección mantenida y PA por encima del objetivo, puede considerarse el uso de ARA-II y/o ARM para reducir las hospitalizaciones por IC y disminuir la PA (clase IIa, nivel B).
- Los pacientes con arritmias deben seguir las mismas directrices de abordaje de la PA que la población general.





10. Enfermedad cerebrovascular crónica o deterioro cognitivo

- Se recomienda que el tratamiento farmacológico hipotensor para prevenir el ictus recurrente incluya un antagonista del SRA más un ACC o un diurético tiacídico (clase I, nivel A).
- El objetivo de tratamiento de la PA para los pacientes con antecedentes de AIT o ictus que tienen una PA $\geq 130/80$ mmHg es de una PAS de 120-129 mmHg, siempre que se tolere el tratamiento (clase I, nivel A).

¿Sabías que el tratamiento hipotensor reduce el riesgo de ictus recurrente en un 20 % en los pacientes con antecedentes de AIT o ictus isquémico?

¿Sabías que la HTA es un factor de riesgo cerebrovascular, tanto de episodios agudos (AIT e ictus) como de alteraciones crónicas (deterioro cognitivo, demencia vascular progresiva y enfermedad de Alzheimer)?



11. Grupos étnicos

- En los pacientes negros del África subsahariana que precisen tratamiento hipotensor, debe considerarse combinar un ACC con un diurético tiacídico o un antagonista del SRA (clase IIa, nivel B).



¿Sabías que la HTA es más frecuente entre los afrodescendientes?

- Cuando se utilizan antagonistas del SRA en tratamiento combinado, los ARA-II pueden ser preferibles a los IECA, ya que el angioedema parece más frecuente con los IECA en pacientes de raza negra.



¿Sabías que los pacientes de raza negra tienen una mayor prevalencia de HTA baja en renina y sensible a la sal, y pueden estar más predispuestos al DOIH que los pacientes de raza blanca?



Siglas

ACC: antagonistas de los canales de calcio

AIT: accidente isquémico transitorio

ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II

ARM: antagonistas de los receptores mineralocorticoides

BB: bloqueantes β

CV: cardiovascular

DM: diabetes *mellitus*

DM2: diabetes *mellitus* de tipo 2

DOIH: daño orgánico inducido por la hipertensión

ECV: enfermedad cardiovascular

ERC: enfermedad renal crónica

ESC: Sociedad Europea de Cardiología

HTA: hipertensión arterial

IC: insuficiencia cardíaca

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

INRA: inhibidor de la neprilisina y del receptor de la angiotensina

iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2

PA: presión arterial

PAD: presión arterial diastólica

PAS: presión arterial sistólica

RCV: riesgo cardiovascular

SCORE2: evaluación sistemática del riesgo coronario 2

SRA: sistema renina-angiotensina

TFGe: tasa de filtración glomerular estimada

Referencias

McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. [2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension](#). Eur Heart J. 30 ago 2024;ehae178.

McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. [2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Supplementary data](#). Eur Heart J. 30 ago 2024;00:1-38.

© 2024 - Almirall.

Material editado por [Kalispera medical writing S.L.](#) para Almirall.
Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o físico.

