



Publicación N.º 3. HTA e intensificación en el tratamiento desde el inicio
¿Qué dicen las nuevas guías?: Octubre'24

Comentario del experto:

Dr. Carlos Escobar Cervantes

Cardiólogo. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension

McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al.

Eur Heart J. 2024 Aug 30;ehae178. doi: 10.1093/eurheartj/ehae178. Epub ahead of print.

Resumen:

Las nuevas guías de la Sociedad Europea de Cardiología traen importantes novedades que tratan de dar una visión más global y centrada en el paciente, con el objetivo de un control más precoz y estricto de la presión arterial. En primer lugar, aunque la definición de hipertensión arterial sigue quedando en el umbral $\geq 140/90$ mmHg, las guías introducen una nueva categoría de "Presión arterial elevada", que se define como una presión arterial sistólica de 120-139 mmHg o una presión arterial diastólica de 70-89 mmHg. Asimismo, se enfatiza aún más el empleo de las mediciones fuera de la consulta (AMPA o MAPA). Otro de los aspectos relevantes es el cambio de objetivo de presión arterial, que pasa a ser en la población general una presión arterial sistólica de 120-129 mmHg, siempre que sea bien tolerado, si bien se pueden considerar objetivos más flexibles para los adultos ≥ 85 años, así como aquellos con fragilidad o con hipotensión ortostática. Aunque se marca un objetivo de presión arterial, las guías enfatizan la necesidad no tanto de centrarse únicamente en las cifras de presión arterial como de reducir el riesgo de presentar episodios cardiovasculares mortales y no mortales. Y todo ello, a través de un manejo multidisciplinario de los pacientes con hipertensión arterial. En cuanto al tratamiento farmacológico, aunque el enfoque general es similar al de las guías anteriores, con el fomento de las combinaciones en un único comprimido para la mayoría de los pacientes, siendo la estrategia inicial la combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o antagonista de los receptores de angiotensina II con un calcioantagonista o un diurético tiazídico/tipo tiazida, en estas guías se hace un mayor énfasis en los cambios en el estilo de vida. Además, se introduce la posibilidad del tratamiento con inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 y el inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina en determinadas circunstancias.

Comentario personal:

Con la publicación de estas guías se introducen importantes cambios en el manejo del paciente con hipertensión arterial. En primer lugar, el propio título de las guías, que pasa de "Guías sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial" a "Guías sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión" ya sugiere el cambio de enfoque. Y es que, dado que la presión arterial es una variable continua que aumenta el riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares conforme aumentan sus niveles, no se puede establecer el riesgo como una variable dicotómica a partir de la definición de hipertensión arterial (140/90 mmHg). Por eso, por un lado, se establece la categoría de presión arterial elevada y, por otro, el objetivo no es tanto reducir unas cifras de presión arterial de manera aislada sino disminuir el riesgo cardiovascular global del paciente. Para ello, una parte clave es alcanzar los objetivos de control de la presión arterial.

Por otra parte, hay que destacar que estas nuevas guías están más en línea con las directrices estadounidenses, ya que en ambos casos se recomienda un objetivo de presión arterial $<130/80$ mmHg para la mayoría de las personas. En concreto, en las guías europeas se recomienda como objetivo una presión arterial sistólica de 120-129 mmHg, siempre que sea bien tolerado, si bien se pueden considerar objetivos más laxos (preferiblemente < 140 mmHg) para los

adultos ≥ 85 años, aquellos con fragilidad o con hipotensión ortostática. Este objetivo más estricto proviene de las nuevas evidencias de varios ensayos clínicos, que demuestran claramente este beneficio. No hay que olvidar que, en las anteriores guías, las evidencias provenían únicamente del estudio SPRINT y algún metaanálisis. Por lo tanto, estos nuevos objetivos están más basados en las evidencias actuales.

Con respecto al comienzo del tratamiento, en aquellos sujetos con una presión arterial sistólica de 130-139 mmHg y un riesgo cardiovascular elevado, se recomienda iniciar cambios en el estilo de vida y, si en tres meses no se logran los objetivos de control, iniciar tratamiento farmacológico. En cambio, en los sujetos que ya tengan una presión arterial $\geq 140/90$ mmHg, se recomiendan los cambios en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico de inicio, independientemente del riesgo cardiovascular del paciente.

En estas guías se hace un mayor énfasis en los cambios en el estilo de vida, lo que incluye no solo la reducción del consumo de sal, sino también el aumento de la ingesta de potasio y la promoción de la actividad física y de las dietas saludables. En cuanto al tratamiento farmacológico, se recomienda tomar la medicación en el momento del día más conveniente para el paciente, para establecer un patrón habitual de toma de medicación, así como el empleo de combinaciones en un único comprimido, todo ello para intentar mejorar la adherencia al tratamiento.

Salvo en los casos de pacientes con presión arterial elevada (120-139/70-89 mmHg), fragilidad moderada a grave, hipotensión ortostática sintomática y/o edad ≥ 85 años, en los que se recomienda la monoterapia como tratamiento farmacológico inicial, en el resto de los casos se recomienda comenzar con la terapia combinada, que en un primer escalón debería incluir un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o un antagonista de los receptores de angiotensina, junto con un calcioantagonista o un diurético tiazídico. Si no se controla la presión arterial (valoración en 1-3 meses, preferiblemente un mes), se pasaría al siguiente escalón, que es la triple terapia combinada con estos tres componentes. Si tampoco es suficiente, el fármaco inicial de elección para la hipertensión resistente serían los antagonistas de los receptores de mineralocorticoides, siempre que no hubiese contraindicaciones, y se elegirían otras opciones terapéuticas si su empleo no fuese posible.

Asimismo, en estas guías se habla de otras opciones terapéuticas con propiedades para bajar la presión arterial, y que podrían emplearse en determinadas circunstancias, como el inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina, que está indicado en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, y los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa de tipo 2, que se recomiendan en pacientes con enfermedad renal crónica y un filtrado glomerular estimado > 20 mL/min/1,73 m². Estos últimos se añaden a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o los antagonistas de los receptores de angiotensina II, que han demostrado propiedades protectoras en la enfermedad renal crónica, con una disminución de la progresión de la misma, incluida la albuminuria, y de las hospitalizaciones.

