



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 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension

Kreutz R, Brunström M, Burnier M, et al.

Eur J Intern Med. 2024 Aug Epub 2024 Jun 24. doi: 10.1016/j.ejim.2024.05.033.

Resumen:

Este documento corresponde a la versión ejecutiva y actualizada de las guías de hipertensión arterial de 2023 publicadas por la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial, ESH por sus siglas en inglés (J Hypertens 2023;41:1874–2071).

Aunque en las guías se señala la importancia de la medición de la presión arterial en la consulta (y cómo debe hacerse de manera adecuada) para el diagnóstico de la hipertensión arterial, se destaca el papel de la AMPA y la MAPA para el seguimiento de los pacientes y ante determinadas circunstancias. Como pruebas básicas en el manejo de todo paciente hipertenso, destaca la anamnesis (antecedentes personales relacionados con la hipertensión, riesgo vascular, presencia de daño orgánico asociado a la hipertensión, enfermedad vascular, enfermedad renal crónica, posibles causas de hipertensión arterial secundaria, tratamientos), la exploración física (con especial énfasis en la búsqueda de signos que indiquen hipertensión arterial secundaria o presencia de daño orgánico asociado a la hipertensión, o presencia de fragilidad en ancianos), analítica sanguínea y de orina (función renal, perfil lipídico, glucemia en ayunas, HbA1c, iones, cociente albúmina creatinina), y el electrocardiograma de 12 derivaciones. A partir de ahí, las pruebas complementarias dependerán de la situación clínica del paciente, sospecha de hipertensión arterial secundaria, etc.

Con respecto a cuándo iniciar el tratamiento para la hipertensión arterial, las guías señalan el siguiente esquema:

- Presión arterial <150/95 mmHg asintomática y de riesgo bajo: fomentar los cambios en el estilo de vida y, si no, control en tres meses; iniciar tratamiento farmacológico.
- Presión arterial \geq 140/90 mmHg sintomática o con daño orgánico mediado por hipertensión o enfermedad renal crónica en estadio \geq 3 o enfermedad vascular: iniciar cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico de manera inmediata.

En cuanto a los objetivos de presión arterial, para los pacientes de hasta 79 años se recomienda un objetivo primario < 140/80 mmHg, y se puede plantear < 130/80 mmHg si se tolera bien el tratamiento. En cambio, para pacientes \geq 80 años o frágiles, los objetivos deberían ser considerados de manera individual, si bien en las guías de hipertensión de 2023 se señalaba en esta población un objetivo primario de presión arterial sistólica en la consulta de 140 a 150 mmHg, y se podía considerar una presión arterial sistólica de 130 a 139 mmHg si se tolerase bien, aunque con cautela si la presión arterial diastólica ya era < 70 mmHg.

Con respecto a cómo comenzar con el tratamiento farmacológico antihipertensivo, en este documento se indica que, salvo en pacientes con hipertensión arterial de bajo riesgo y una presión arterial < 150/95 mmHg, o PA normal-elevada y riesgo cardiovascular muy elevado, o bien en pacientes frágiles y/o de edad avanzada, en los que se recomienda el inicio del tratamiento con monoterapia farmacológica, en el resto de los casos se debería plantear de inicio la terapia

combinada de dos fármacos antihipertensivos (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina / antagonistas de los receptores de angiotensina II + diurético tiazídico/tipo tiazida o un calcioantagonista), preferiblemente en un único comprimido para mejorar la adherencia al tratamiento. En caso de no haber un buen control con la terapia combinada doble, deben asociarse los tres grupos farmacológicos, a dosis máximas si es necesario, y en caso de seguir sin control, hay que añadir fármacos adicionales. Los betabloqueantes se pueden plantear en cualquier momento en indicaciones específicas (insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, etc.).

Comentario personal:

Este documento analiza de forma clara, y con numerosos recursos gráficos, el manejo del paciente con hipertensión arterial, en una versión mejorada y más sintética de las guías de 2023 (J Hypertens. 2023;41:1874-2071).

Aunque todavía no está universalmente establecido en la práctica clínica, es fundamental que el paciente conozca no solo las implicaciones de tener hipertensión arterial, sino también de realizar un seguimiento adecuado y de tomarse la medicación. Por ese motivo, las mediciones domiciliarias de la presión arterial deberían ser parte de la rutina de cualquier paciente con hipertensión arterial: no solo ayudan a conocer la situación de control del paciente, sino que permiten que tome mayor conciencia de su enfermedad, además de poder relacionar ciertos síntomas o efectos secundarios con los niveles de presión arterial.

En cuanto a los objetivos de presión arterial, si bien estos han ido variando a lo largo del tiempo, un punto de inflexión lo marco, entre otros, el estudio SPRINT (N Engl J Med. 2015; 373: 2103–16), que mostró que, en pacientes con alto riesgo de eventos cardiovasculares, pero sin diabetes, un objetivo de presión arterial sistólica < 120 mm Hg, en comparación con < 140 mm Hg, resultaba en tasas más bajas de episodios cardiovasculares mayores, mortales y no mortales, y muerte por cualquier causa, aunque con un mayor riesgo de efectos secundarios por la medicación. Un estudio reciente ha vuelto a confirmar que, en pacientes con hipertensión arterial de alto riesgo cardiovascular, el objetivo más estricto de presión arterial se asociaba con un menor riesgo de episodios vasculares mayores, independientemente de la presencia de diabetes o ictus previo (Lancet. 2024;404(10449):245-255). Por lo tanto, los objetivos actuales de presión arterial parecen más razonables que el clásico < 140/90 mmHg.

Otro aspecto importante del documento es que, salvo en determinados grupos concretos de pacientes, la terapia combinada debería ser considerada como estándar de inicio, preferiblemente en un único comprimido. Esto no es de extrañar, ya que combinar dos fármacos antihipertensivos con mecanismos complementarios de acción es hasta cinco veces más eficaz para reducir la presión arterial que doblar la dosis de un fármaco en monoterapia (Am J Med. 2009;122:290-300). De hecho, en España, el aumento en el uso de la terapia combinada se ha asociado a un mayor control de la presión arterial (J Hypertens. 2015;33:1098-107). Dentro de la terapia combinada, la base del tratamiento es la inhibición del sistema renina angiotensina, que se combinará con un diurético o con un calcioantagonista, dependiendo del perfil clínico del paciente.

