



Principales destacados de la "32ND EUROPEAN MEETING ON HYPERTENSION AND CARDIOVASCULAR PROTECTION"



Dr. Alejandro de la Sierra

Medicina Interna. Hospital Mutua Terrassa.
Universidad de Barcelona.



MILAN, JUNE 23-26, 2023

Allianz Mico - Milan, Italy

HYBRID

Durante el congreso de la ESH se han presentado las nuevas guías de hipertensión de la Sociedad Europea del 2023.

Desde el 2003, dichas guías se editaban en conjunto con la Sociedad Europea de Cardiología. A diferencia de las ediciones anteriores, en esta nueva edición no se ha producido colaboración entre ambas sociedades y, por tanto, el documento final, es exclusivo de la **Sociedad Europea de Hipertensión**, aunque también refrendado por la **Sociedad Internacional de Hipertensión**.

La presentación en el congreso ESH 2023 se ha repartido en 3 sesiones:

En la primera se han presentado los **aspectos generales** de dichas guías y en la segunda los **tratamientos específicos** en determinadas condiciones. Una tercera sesión ha servido para que representantes de **otras sociedades internacionales** (Australia, Japón, Latinoamérica, Corea, China, EEUU y la India) hayan comentado algunos aspectos de dichas guías.

Las contribuciones más relevantes han sido:

1. GUÍAS DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE HIPERTENSIÓN 2023

A. Definición de HTA:

Se mantiene la misma definición y categorías que en la versión previa del 2018. A diferencia de las guías americanas, en la que la HTA se define por valores superiores a 130/80, los expertos europeos creen que no hay evidencias suficientes sobre el beneficio del tratamiento en personas con valores inferiores a 140/90 y, por tanto, no es necesario un cambio en la definición.

B. Medida de la presión arterial:

Se considera el aspecto más importante, dado que todas las decisiones posteriores se basan en la medida correcta de la PA. Se discuten los instrumentos de medida, así como las técnicas de medida en la consulta, en casa y la monitorización ambulatoria. Por lo que respecta al instrumental se recomiendan los aparatos oscilométricos de brazo. Los aparatos de medida sin manguito no están recomendados por el momento, dados los problemas en

su validación. La medida clínica sigue siendo la recomendada para el diagnóstico y seguimiento, mediante un protocolo estándar que incluya 3 medidas en al menos 2 visitas diferentes. También se recomienda que en la primera visita se proceda a la medida en ambos brazos. Por lo que respecta a la automedida, se recomienda añadida a la media clínica para el diagnóstico de la HTA de bata blanca y la HTA enmascarada, y como seguimiento a largo plazo. El protocolo de medida es el de la toma durante 7 días seguidos, mañana y noche, tres medidas consecutivas. En el cálculo del valor resultante se descarta la primera de las 3 medidas y el primer día. La MAPA se recomienda igualmente en las mismas condiciones que la automedida, además de obtener información sobre la PA nocturna, dado que es ésta la medida más estrechamente asociada con el riesgo de mortalidad. Otra indicación adicional es el diagnóstico de HTA resistente. El protocolo de medida incluye intervalos de 20 minutos entre medidas tanto durante el día como por la noche.

C. Evaluación del riesgo cardiovascular global:

Se definen los llamados estadios del proceso hipertensivo como 1, 2 y 3. El estadio 1 corresponde a los hipertensos sin o con 3 o menos factores de riesgo adicionales, el estadio 2 en pacientes con lesión orgánica mediada por HTA, diabetes o enfermedad renal crónica grado 3. El estadio 3 se reserva para pacientes con enfermedad cardiovascular previa o enfermedad renal crónica grados 4 o 5. Los parámetros que influyen en el cálculo de riesgo se re-clasifican. En el primer grupo se encuentran los que se utilizan para el cálculo de riesgo con los métodos SCORE 2 o SCORE 2-OP. A la lista de factores tradicionales, se incorporan algunos destacados recientemente, tales como el bajo peso al nacer, la fragilidad, la migración, la exposición a la polución ambiental o al ruido, los trastornos hipertensivos del embarazo y la lipoproteína a. También se incorporan nuevas comorbilidades a las condiciones clínicas asociadas, tales como la HTA resistente, los trastornos del sueño, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la esteatohepatitis no alcohólica y la disfunción eréctil, entre otros. Se mantienen las evaluaciones básicas para descartar la presencia de lesión orgánica que incluyen el ECG, la determinación del filtrado glomerular estimado y la presencia de albuminuria. En los pacientes en los que es posible una evaluación más extensa, las pruebas de mayor rentabilidad son la ecocardiografía, el cálculo de la velocidad de la onda de pulso y el índice tobillo-brazo.

D. Inicio del tratamiento antihipertensivo:

La relación entre PA y mortalidad es continua y no es posible determinar un valor específico para el inicio del tratamiento. Por su parte, las evidencias de los ensayos clínicos están circunscritas a la medida clínica. Las recomendaciones actuales son las de iniciar el tratamiento en los individuos menores de 80 años con cifras superiores o iguales a 140 mmHg o 90 mmHg y a los mayores de 80 años con cifras superiores a 160 mmHg, si bien se puede

considerar el inicio del tratamiento con cifras entre 140 y 159, en función de la situación clínica del paciente. En pacientes frágiles, la decisión sobre el inicio del tratamiento debe individualizarse y en pacientes con historia de enfermedad cardiovascular previa, especialmente enfermedad coronaria, el tratamiento puede considerarse con cifras superiores o iguales a 130/80.

E. Objetivos terapéuticos:

Se producen pocos cambios con respecto a las guías anteriores, fundamentalmente con el grupo entre 60 y 80 años que se incluye con los más jóvenes. Así las recomendaciones son, en pacientes menores de 80 años, una reducción inicial de PA por debajo de 140/90 y una reducción adicional hasta 130/80 si ésta se tolera bien. La PA no debe reducirse a niveles por debajo de 120/70. En los pacientes mayores de 80 años, el objetivo se establece en cifras inferiores a 150/80. En los pacientes frágiles, el tratamiento y los objetivos deben individualizarse.

F. Algoritmo de tratamiento:

Los 5 grupos terapéuticos considerados de primera línea son los IECA, ARA-2, diuréticos tiazídicos o similares, antagonistas del calcio y betabloqueantes. Por su parte, las combinaciones preferidas son las de bloqueantes del SRA (IECA o ARA-2) con calcioantagonistas o diuréticos, aunque se enfatiza la combinación de diuréticos y calcioantagonistas en pacientes de raza negra o con una importante sensibilidad a la sal. El algoritmo de tratamiento mantiene la recomendación inicial de la utilización de una combinación de IECA o ARA-2 (nunca ambos) con diuréticos tiazídicos o similares o con calcioantagonistas, enfatizando la utilización, siempre que sea posible, de dichas combinaciones en un solo comprimido. Las condiciones en las que sería preferible un inicio con monoterapia serían las situaciones de HTA grado 1 con cifras inferiores a 150/95 y bajo riesgo, los pacientes con PA normal alta y riesgo elevado o los pacientes de edad avanzada o con fragilidad. La falta de control con las combinaciones dobles debería llevar a la combinación triple de IECA o ARA-2 con calcioantagonistas y diuréticos, igualmente y siempre que sea posible, en un solo comprimido. Finalmente, los betabloqueantes podrían utilizarse como monoterapia o en cualquier paso del algoritmo terapéutico siempre que existan indicaciones o condiciones específicas que aconsejen su uso.

G. Pacientes de edad avanzada:

Aunque ya se han comentado las principales indicaciones terapéuticas en pacientes mayores de 80 años, se ha insistido en la necesidad de evaluar la fragilidad y el estado funcional, más allá de la edad cronológica en la toma de decisiones terapéuticas, de forma que el

mantenimiento de la funcionalidad y la calidad de vida deberían ser los objetivos más importantes. La máxima de empezar despacio, avanzar despacio, pero avanzar, debe ser la guía del tratamiento en estos pacientes.

H. Seguimiento:

El primero de los conceptos hace referencia a la consecución del control óptimo, que se establece a los 3 meses del inicio del tratamiento. Otros aspectos del seguimiento hacen referencia a la evaluación de la adherencia y a la utilización preferencial de combinaciones en un solo comprimido. Finalmente, en la evaluación a medio y largo plazo se distinguen los pacientes en los que el control es sencillo y en los que las evaluaciones pueden restringirse a una vez al año. Por su parte, los pacientes con HTA de difícil control requieren visitas más frecuentes. La utilización de automedida de la PA y el uso de monitorización telématica o tecnologías digitales puede ser también de utilidad.

2. TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS DE LA HTA EN DETERMINADAS CONDICIONES

La segunda sesión plenaria ha versado sobre aspectos específicos del tratamiento de la HTA en algunas condiciones especiales:

A. Fenotipos de PA:

Se incluyen la HTA de bata blanca y la enmascarada, con intervenciones sobre estilo de vida en ambas. En pacientes de alto riesgo o con lesión orgánica, el tratamiento puede considerarse, si bien no hay evidencia de los ensayos clínicos. Estas recomendaciones se extienden a los mismos fenotipos en los pacientes ya tratados. Otro fenotipo es el de HTA sistólica en el joven, donde igualmente no existen evidencias, aunque el tratamiento puede considerarse cuando existe un riesgo elevado o una PA central elevada. En los casos de HTA diastólica aislada, el esquema a seguir es el mismo que el general. El último de los fenotipos discutidos es el de la HTA nocturna, cuya relación con el pronóstico es el más estrecho. La administración del tratamiento por la mañana o por la noche no supone ninguna ventaja de una sobre la otra.

B. HTA resistente:

Su prevalencia es de aproximadamente un 10% de la población tratada. La HTA resistente

verdadera se define como el mantenimiento de cifras superiores o iguales a 140/90 mmHg con dosis máximas toleradas de 3 fármacos antihipertensivos, incluyendo un bloqueante del SRA (IECA o ARA-2) un calcioantagonista y un diurético tiazídico o similar. Además, las cifras elevadas deben confirmarse por MAPA y debe excluirse la falta de adherencia y la HTA secundaria. Se considera una situación de alto riesgo y los objetivos terapéuticos son los mismos que los generales, con reducción de cifras por debajo de 140/90 y de 130/80 si el tratamiento se tolera bien. La terapia adicional incluye la espironolactona o en casos en los que está contraindicada o existe intolerancia, otras posibilidades son los beta bloqueantes, alfa-bloqueantes, fármacos de acción central o la amilorida. Otras opciones terapéuticas son los diuréticos del asa, o la combinación de diuréticos del asa y clortalidona en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. La denervación simpática renal se considera una opción adicional para los pacientes con HTA resistente.

C. HTA en niños, adolescentes y jóvenes:

Se ha demostrado que en los últimos años existe un aumento de la prevalencia de HTA en este segmento poblacional, asociado a un aumento de la obesidad y del estilo de vida sedentario. Se recomienda el screening en toda la población a partir de los 3 años. Algunos aspectos clínicos son particulares en esta población, tales como el uso de la medida clínica con técnica auscultatoria, la utilización necesaria de MAPA y la necesidad de descartar la HTA secundaria, por su mayor prevalencia. Los principales aspectos terapéuticos son los cambios de estilo de vida. Por su parte, el tratamiento farmacológico se recomienda en los casos con lesión orgánica, diabetes, HTA secundaria o sintomática y en las situaciones de presentación en forma de urgencias o emergencias hipertensivas. El objetivo terapéutico es el descenso por debajo del percentil 95%.

D. Otras condiciones específicas (diabetes, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal crónica):

En estas situaciones específicas, el esquema terapéutico es similar al general, aunque teniendo en cuenta las indicaciones específicas de los betabloqueantes. Algunos fármacos nuevos tienen efectos protectores en algunas de dichas circunstancias y producen un descenso adicional de las cifras de PA. Es el caso del sacubitril/valsartan en los pacientes con insuficiencia cardiaca o de los inhibidores del cotransportador sodio glucosa renal en diabetes, insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica. Un caso particular es el tratamiento en la fase aguda del ictus, donde la etiología isquémica o hemorrágica y el tiempo desde el inicio de los síntomas y/o la posibilidad de tratamiento fibrinolítico modifican los objetivos terapéuticos.