

NUEVAS GUÍAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA SEC. RESUMEN DE LAS NOVEDADES MÁS RELEVANTES PARA NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid)

Fecha de publicación: 12/09/2024

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 4 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

En el [Congreso Europeo de Cardiología](#) celebrado en **Londres (Reino Unido, Europa)** a finales de agosto de 2024, se presentaron 4 guías de práctica clínica de la **Sociedad Europea de Cardiología**, entre ellas, las de [hipertensión arterial](#), aunque ahora se destierra el término hipertensión arterial y se sustituye por hipertensión (*HT*).

Con las nuevas guías vemos una convergencia entre las recomendaciones europeas y las americanas, en pro de un mayor consenso. También se simplifican los objetivos terapéuticos, siempre deseable en las guías de práctica clínica.

Resumimos los novedades más relevantes para nuestra práctica clínica:

CLASIFICACIÓN “Aparece una nueva clasificación que incluye el término de presión arterial alta”

- Se modifica el sistema clasificatorio de la tensión arterial, simplificándolo. Ahora se define la tensión como: no elevada cuando es $< 120/70$ mmHg (*sistólica y diastólica respectivamente*), elevada cuando está entre 120-139/70-89 mmHg, e hipertensión cuando es $\geq 140/90$ mmHg. Con esta clasificación se pretende incentivar la

evaluación del riesgo cardiovascular futuro de los pacientes con presión arterial elevada, fundamental para decidir la estrategia terapéutica más adecuada.

DIAGNÓSTICO “*La medición arterial fuera de consultas aporta más información*”

- Gana peso la evaluación tensional ambulatoria fuera de las consultas para establecer el diagnóstico de HT, también en las mujeres gestante, que presentan un porcentaje mayor de HT de [bata blanca o enmascarada](#).
- Se enfatiza en el despistaje de la hipotensión ortostática en todos los pacientes en los que se diagnostica tensión alta o HT. Debe repetirse la prueba cuando el paciente a tratamiento desarrolla síntomas compatibles con el síndrome.
- Los sistemas de medición automática de la tensión arterial no deben utilizarse en pacientes con fibrilación auricular, siendo necesaria una medición manual.

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA “*Objetivo tensional < 130/80 mmHg para prácticamente todos los pacientes*”

- El paciente con hipertensión arterial debe iniciar tratamiento farmacológico y alcanzar un objetivo más estricto: **120-129 mmHg** para la mayoría de los pacientes, abandonando la estrategia en escalones, consiguiendo así reducir los eventos cardiovasculares, tal y como ha demostrado la evidencia científica más reciente. Estas recomendaciones también se aplican a las **mujeres embarazadas**, sin diferencias entre las pacientes con HT gestacional y **aquellas con HT crónica (en ambos casos, deben iniciar el tratamiento si las cifras tensionales son compatibles con HT, es decir, $\geq 140/90$ mmHg)**. En mujeres embarazadas con HT severa, el tratamiento recomendado es el **labetalol** endovenoso, la **metildopa** oral o el **nifedipino** oral, las guías también incluyen la **hidralazina** endovenosa como opción de segunda línea.
- En los pacientes hipertensos con mayor [fragilidad](#) (*grado moderado a grave, por tanto, las guías recomiendan medir la fragilidad en las consultas con pruebas validadas*), los ≥ 85 años, aquellos con esperanza de vida limitada y los pacientes con hipotensión ortostática sintomática, se permite un objetivo más laxo, aunque intentando acercarse lo máximo posible a los 120/70 mmHg.
- En los pacientes con **tensión arterial alta** debemos estimar el riesgo cardiovascular futuro para decidir la estrategia terapéutica. Aquellos con riesgo alto ([SCORE2 o SCORE2-OP](#) estimado a los 10 años $\geq 10\%$ y aquellos con enfermedad renal crónica moderada/grave, enfermedad cardiovascular establecida, diabetes mellitus o hipercolesterolemia familiar) iniciarán tratamiento farmacológico cuando sus tensiones persistan altas ($> 130/80$ mmHg) tras 3 meses de la modificación del estilo de vida. En los pacientes con un riesgo estimado a 10 años del 5- $<10\%$ debemos valorar la etnia, la historia de complicaciones durante la gestación, si son portadores de VIH, la presencia de enfermedades autoinmunes, la historia familiar prematura aterosclerótica cardiovascular, si tienen una situación socioeconómica baja y la

presencia de enfermedades mentales severas, porque cualquiera de ellos reclasificaría su riesgo al alza. En aquellos casos cuyo riesgo cardiovascular continúe entre el 5-10% se recomienda una valoración del calcio de las coronarias, de placas femorales o carotídeas por ultrasonidos, de troponina de alta sensibilidad o de péptidos natriuréticos tipo B, de la velocidad de la onda del pulso, puesto que actuarían de reclasificadores del riesgo (*esta recomendación presenta una clase de recomendación IIb con nivel de evidencia B*). En el caso de pacientes con edad < 40 años, como el **SCORE2** no está validado para este grupo etario, se recomienda realizar una búsqueda de lesión de órganos diana (*recomendación con clase de recomendación IIb y nivel de evidencia B*).

- Si la tensión sistólica está en objetivos (*o incluso está por debajo de dichos valores*) pero la **diastólica** está por encima de 80 mmHg, recomiendan considerar un incremento del tratamiento antiHT para reducir la diastólica < 80 mmHg, y así reducir los eventos cardiovasculares (*recomendación con clase de recomendación IIb y nivel de evidencia B*).

TRATAMIENTO DIETÉTICO “Se incluye el ejercicio de resistencia en combinación con nuevos planes de ejercicio aeróbico”

- Recomiendan ejercicio físico aeróbico: 75 minutos de intensidad vigorosa semanal como alternativa a la recomendación de 2,5 horas semanales de intensidad moderada recogido en las anteriores guías de práctica clínica, combinándolo con entrenamiento de resistencia dinámica o isométrica de intensidad baja o moderada, de dos a tres veces por semana.
- A nivel dietético recomiendan que los pacientes con una ingesta alta en sodio modifiquen sus hábitos incluyendo una dieta rica en frutas y verduras y/o sustitutos de la sal con potasio (*productos con 75% de cloruro sódico y 25% de cloruro potásico*), siempre que el paciente no tenga una enfermedad renal crónica moderada o severa. En caso de fármacos ahorradores de potasio o enfermedad renal establecida, se recomienda monitorizar los niveles séricos de potasio.
- Se recomienda el abandono de la ingesta de alcohol. Si no es posible, e recomienda no superar los 100 gramos semanales.

FÁRMACOS “Los fármacos han de administrarse en el momento más adecuado para el paciente”

- Los **calcioantagonistas dihidropiridínicos**, los **IECAs/ARAI** y los **diuréticos (tiazidas y otros como la clortalidona e indipamida)** son los fármacos antihpertensivos de primera línea para la inmensa mayoría de pacientes (*incluida la población del África sub-sahariana*).
- En pacientes frágiles o ≥ 85 años se recomienda tratamiento con **calcioantagonistas no dihidropiridínicos, bloqueantes del sistema renina-**

angiotensina, y si precisan, **diuréticos a dosis bajas**. Salvo indicación por otra causa, se recomienda evitar los **betabloqueantes** y **alfabloqueantes**.

- Los fármacos bloqueantes del sistema renina angiotensina son una opción recomendada para los pacientes con valvulopatías, como la estenosis aórtica, la insuficiencia aórtica y la insuficiencia mitral.
- En pacientes con hemorragia intracerebral aguda con tensiones sistólicas ≥ 220 mmHg no se recomienda una reducción intensa de la presión sistólica > 70 mmHg respecto a basal durante la primera hora. En el resto, se recomienda la inmediata reducción de la tensión arterial (*durante las primeras 6 horas desde el inicio de los síntomas*) con un objetivo de 140-160 mmHg de sistólica.
- Los pacientes con enfermedad renal crónica con filtrados > 20 mL/7min/1.73m² deben tomar **iSGLT2** (*que además presentan discretas propiedades antihipertensivas*).
- Se recomienda que la toma del fármaco antihipertensivo tenga lugar en el [momento](#) más adecuado para el paciente, facilitando así la adherencia.

HTA RESISTENTE “La denervación renal aparece por primera vez como terapia en HTA resistente”

- Cuando la triple terapia (**calcioantagonistas no dihidropiridínicos, diuréticos tiazídicos o similares y IECAs/ARAI**) no alcanza objetivos, estamos ante una [HT resistente](#) (*es importante descartar la pseudo HT resistente mediante el adecuado despistaje de HT secundaria y la confirmación del adecuado cumplimiento terapéutico -incluso con detección en sangre u orina de los fármacos prescritos-*). Una vez confirmada la HT resistente, debemos añadir **espironolactona**. En caso de falta de eficacia o intolerancia, debemos valorar el tratamiento con **epplerenona** o **betabloqueantes**. Si el tratamiento fuera insuficiente, se recomienda la adición de **alfabloqueante** o **hidralazina**.
- Por primera vez en las guías europeas se incluye la denervación renal como terapia para los pacientes con hipertensión arterial resistente refractaria a todas las opciones terapéuticas, a realizar en centros con experiencia (*recomendación con clase de recomendación IIb y nivel de evidencia B*) y en aquellos pacientes que, debidamente informados, deseen esta terapia. La falta de evidencia sobre su papel en la reducción de eventos cardiovasculares impide un mejor posicionamiento en las guías de práctica clínica. Lógicamente, no debe realizarse en pacientes con insuficiencia renal moderada-severa (*filtrado < 40 mL/kg/1.73m²*) y en [HT secundaria](#).

PREVENCIÓN, SCREENING Y SEGUIMIENTO “Todos los adultos con diagnóstico de HT deben someterse a un despistaje de hiperaldosteronismo primario”

- Se recomienda el screening oportunista mediante la toma tensional en consultas para los adolescentes o los niños en última infancia cuyos padres (*uno o los dos*) presenten hipertensión arterial.
- Se recomienda la restricción de bebidas azucaradas desde edades tempranas.
- En adultos < 40 años se recomienda screening cada 3 años, anual si tienen ≥ 40 años o tienen presión alta sin necesidad de terapia farmacológica, en este último caso, con reevaluación del riesgo cardiovascular.
- Los pacientes con deterioro renal moderado o severo deben ser sometidos, al menos anualmente, a estudios analíticos de función renal: filtrado, creatina en suero y excreción de albumina en orina.
- Todos los adultos con diagnóstico de HT deben ser sometidos a un despistaje de **hiperaldosteronismo primario** mediante la medición de renina y aldosterona.
- Los pacientes adultos con HT bien controlada deben ser revisados anualmente con control de cifras tensionales y estimación de factores de riesgo cardiovasculares.
- Los pacientes < 40 años con diagnóstico de HT requieren despistaje de causas secundarias, empezando con el síndrome de apneas del sueño en el caso de pacientes con obesidad.
- Se recomienda un abordaje multidisciplinar, entrevista motivacional, implicación del paciente en su control tensional y conocimiento de su patología, toma consensuada de decisiones y todas aquellas medidas que faciliten la adherencia terapéutica.
- No está clara la recomendación de los [dispositivos wearable](#) para la toma tensional.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA

- Planteamos emergencia hipertensiva cuando los pacientes tienen cifras tensionales $\geq 180/110$ mmHg, y en caso de mujeres embarazadas, cuando las cifras son $\geq 160/110$ mmHg (*precisando inmediata hospitalización*).



Ilustración 1. Nueva clasificación de la tensión arterial de la SEC 2024. CARPRIMARIA. Free Access

REFERENCIAS

[Guías Europeas de Hipertensión 2024. European Heart Journal](#)

OTROS ARTÍCULOS DE CARPRIMARIA RELACIONADOS

Puedes acceder a ellos a través del link oculto en las partes del texto subrayadas, haciendo clic en ellas.