

Comentarios a las Guías Europeas de Hipertensión Arterial 2024

Dr. Ricardo Gómez Huelgas: Presidente de la European Federation of Internal Medicine (EFIM). Ex presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Universitario de Málaga, España. Catedrático de Medicina, Universidad de Málaga. España.



La Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) publicó en 2023 sus directrices para el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA), un documento muy completo y exhaustivo de casi 200 páginas que incluye 1.736 referencias [1] y que, en esencia, contiene pocas novedades significativas respecto a las Guías ESH de 2018 [2]. Sin embargo, la extensión y complejidad del texto dificulta su aplicación por los médicos de atención primaria e internistas, que atienden a la gran mayoría de los pacientes hipertensos. Por ello, la ESH decidió publicar en 2024 unas guías resumidas de práctica clínica, en un formato novedoso y conciso, para facilitar su implementación en la práctica clínica [3]. Este documento se basa en un esquema de planificación integral para manejar la HTA desde su Medida y diagnóstico (M), su evaluación (A), la Selección del Tratamiento (ST) y la Evaluación de la Respuesta (ER) (MASTERplan) y se apoya en una abundante iconografía (10 figuras) para facilitar la comprensión de las principales recomendaciones de la guía. A continuación, comentaremos los aspectos más novedosos y también los más controvertidos de la Guía ESH de 2024.

Probablemente, la principal novedad sea la recomendación expresa de evaluar la fragilidad y/o funcionalidad en los sujetos hipertensos mayores (a partir de los 80 años), estratificándolos en 3 grupos:

mayores robustos, con enlentecimiento psicomotor pero autónomos para la mayor parte de actividades, y severamente dependientes.

En el listado de daño orgánico mediado por la HTA (DOMH), se incorporan el calcio coronario y las pruebas de función cognitiva.

Por otro lado, se insiste en que la base del diagnóstico y manejo de la HTA sigue siendo la presión arterial (PA) en consulta; las medidas ambulatorias se reservan para la confirmación del diagnóstico y la determinación de HTA de bata blanca y HTA enmascarada. La automonitorización ambulatoria de la PA (AMPA) está especialmente indicada en el seguimiento a largo plazo, mientras que la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) de 24 horas resulta especialmente útil en situaciones como el síndrome de apnea del sueño, la insuficiencia renal crónica (IRC), la diabetes, la HTA endocrina o la disfunción autonómica. Como en guías anteriores, se refuerza la necesidad del manejo de la HTA en función de la estratificación del riesgo vascular (calculado con las tablas actualizadas de SCORE2 y SCORE2-OP) y las cifras de PA en consulta, resultando una clasificación en 3 estadios clínicos.

Como novedad, en el subgrupo de HTA grado 1 y 2 sin DOMH se recomienda iniciar tratamiento farmacológico, sin periodo de observación, si la PA persiste $> 140/90$ mmHg de forma sostenida.

Las guías hacen un esfuerzo para facilitar la prescripción de estilos de vida saludable (tanto a nivel dietético como de actividad física, añadiendo la importancia de los ejercicios de musculación) e insiste en la importancia de la adherencia terapéutica y del empoderamiento del paciente.

En relación con el tratamiento farmacológico, hay novedades en cuanto a los fármacos de primera línea seleccionados para constituir las combinaciones, pues además de los grupos ya incluidos en guías anteriores (IECA, ARA2, CA y diuréticos), en esta edición se añaden los betabloqueantes en cualquier escalón. También, los tratamientos adicionales se han actualizado en función de 3 situaciones clínicas: la HTA resistente verdadera, la insuficiencia cardíaca y la IRC.

En cuanto a los objetivos terapéuticos, la recomendación general es alcanzar valores $< 130/80$ mmHg en la mayoría de los sujetos < 80 años, y evitar niveles $< 120/70$ mmHg, incluyendo pacientes con IRC, HTA sistólica aislada, hipertrofia ventricular o > 80 años. Como novedad, se flexibiliza la recomendación previa de "no bajar la PA diastólica de 70 mmHg". Se recomienda no "buscar activamente bajar la PA diastólica de 70 mmHg", aceptando, como es frecuente en la práctica clínica cuando se tratan PA sistólicas muy elevadas, que valores diastólicos bajos serían aceptables, incluso en personas mayores, si son bien toleradas.

Respecto a la evaluación del tratamiento antihipertensivo, se diferencian 3 ventanas temporales: iniciación (primeros 3 meses), seguimiento a medio plazo (de 3 a 12 meses), y a largo plazo (tras el primer año).

Las Guías ESH 2024 [2] no pretenden abarcar en profundidad todas las facetas del manejo de la HTA, sino concentrarse en los aspectos que resultan básicos e imprescindibles en la práctica clínica diaria. Para cuestiones más específicas, como el cribado poblacional, la HTA en adultos jóvenes, la HTA gestacional o la HTA en la diabetes mellitus, entre otras, se remite siempre a las Guías originales ESH 2023 [1].

Referencias:

[1] Mancia G, Kreutz R, Brunstrom M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023;41:1874–2071.

[2] Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39:3021-104.

[3] Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Muiesan ML, et al. 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. Endorsed by the European Federation of Internal Medicine (EFIM), European Renal Association (ERA), and International Society of Hypertension (ISH). *Eur J Intern Med.* 2024;126:1-15.