

10 puntos clave de las directrices para la hipertensión 2023 de la Sociedad Europea de Hipertensión

Una revisión de la semFYC

1) Cribado de la HTA

¿Cómo?

Mediante la medida de la Presión arterial (PA) en la consulta, preferiblemente **con esfigmomanómetros automáticos**, y siempre siguiendo una **técnica de medida estandarizada** para evitar el máximo de errores.

¿Cada cuanto?

Cada 3-5 años en aquellos pacientes menores de 40 años y con riesgo bajo de desarrollar HTA y **anualmente** en los mayores de 40 años o con riesgo elevado.

2) Diagnóstico

¿Cómo se diagnostica?

Con la comprobación de las cifras elevadas de forma mantenida: **2 ó más visitas con 2 o más medidas en cada una**. La media de todas ellas debe ser **mayor o igual de 140 y/o 90 mmHg**.

Siempre que sea posible se confirmará el diagnóstico de consulta con AMPA y/o MAPA.

NO es necesario:

- Si las cifras de PA son ≥ 180 y/o 110 mmHg
- Si existen lesiones de órgano diana o enfermedad vascular establecida

3) ¿Cuánto hay que bajar la PA?

Objetivo general para todos PA < 140 y 80 mmHg.

Siempre que se pueda:

- **18-64 años:** PA < 130 y 80 mmHg.
- **65-79 años:** PA <140 y 80 mmHg, aunque se puede considerar una PA < 130 y 80 mmHg mmHg si el tratamiento se tolera bien.

En HTA sistólica aislada el objetivo de la PAS es de 140-150 mmHg, aunque se debe considerar una PAS 130-139 mmHg si el tratamiento se tolera bien, (con cuidado si la PAD <70 mmHg).

- **≥ 80 años:** PAS < 140-150 mmHg, aunque se puede considerar 130-139 mmHg si el tratamiento se tolera bien (con precaución si la PAD <70 mmHg).

En pacientes frágiles los objetivos deben individualizarse.

No se debe intentar alcanzar una PAS <120 mmHg o una PAD < 70 mmHg.

En HTA resistente el objetivo es una PA <140 y 90 mmHg, si el tratamiento se tolera bien una PA < 130 y 80 mmHg.

4) ¿Qué tratamientos utilizaremos?

Las medidas farmacológicas de siempre, **para todos**, en las que destacamos el **uso de sustitutos de la sal** (sales de potasio) sólo en aquellos con dificultad para bajar el consumo de cloruro sódico y sin riesgo de hiperpotasemia; y **alcohol cero**, más que reducir el consumo. También **evitar ambientes de alta contaminación**.

Los fármacos de siempre, de primera elección diuréticos tiazídicos, IECA o ARA II y Bloqueantes de los canales del calcio.

Tratamiento combinado de inicio para la mayoría de las situaciones.

5) ¿Cuándo lo empezamos?

Quando las cifras de PA sean \geq a 140 y/o 90 y el riesgo vascular del paciente sea moderado o alto (factores de riesgo asociados como diabetes, lesiones de órgano diana) **Si el riesgo vascular es muy alto plantear el tratamiento con \geq a 140 y/o 80 mmHg.**

Consideraciones especiales

6) HTA en la mujer

- Mismos objetivos de control y mismos fármacos que hombres, excepto IECA y ARA II en mujeres en edad fértil
- Las píldoras anticonceptivas combinadas pueden aumentar la PA,
- la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia no,
- **los efectos de la terapia hormonal en personas transgénero en la PA son inciertos.**

Consideraciones especiales

7) HTA en el paciente con diabetes

- Objetivo de control: PA < 130 y 80 mmHg.
- Los fármacos **de elección serán los bloqueadores del sistema RAS** debido a su efectividad en la prevención de complicaciones renales. **Los iSGLT2 y los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón-1 (AR GLP1)** tienen efectos beneficiosos sobre la presión arterial y proporcionan protección cardiovascular y renal adicional.
- El riesgo vascular es alto, por tanto, es recomendable tratamiento combinado.

Consideraciones especiales

8) HTA en ERC y enfermedad cardiovascular

Objetivo de control: PA < 130 y 80 mmHg, incluso en la ERC. Especialmente importante si existe albuminuria.

Fármacos de elección:

- **ERC:** IECA o ARA II, iSGLT2 en caso de albuminurias elevadas
- **Enfermedad cardiaca:** IECA o ARA II, iSGLT2 (insuficiencia cardiaca), BB (insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular). **Valorar tratamiento si PA \geq 130 y 80 mmHg**
- Enfermedad cerebrovascular: IECA y diuréticos (atención no PAS menor de 120 mmHg)

Consideraciones especiales

9) HTA en ancianos

Objetivo PA < 150 y 90 mmHg, procurando PA < 130 y 80 mmHg, vigilando tolerancia, especialmente ante situaciones de fragilidad.

Consideraciones especiales

10) HTA resistente

Sin cambios respecto de 2018. Definida como aquella en que persisten cifras elevadas a pesar del tratamiento con 3 fármacos a dosis plenas siendo uno de ellos un diurético. Absolutamente necesario disponer de medidas ambulatorias para confirmar el no control.

Como **cuarta línea** de tratamiento farmacológico se prioriza **espironolactona** (u otro antagonista de los receptores mineralocorticoides), pero **si la TFGe es < 30 ml/min/1.73 m² tener en cuenta clortalidona (12,5-25 mg/día).**