



## Congreso Europeo de Cardiología 2024

### Guía para el manejo de la presión arterial alta y de la hipertensión arterial

#### Introducción:

La hipertensión arterial es el más importante factor de riesgo modificable para todas las causas de mortalidad y morbilidad cardiovascular a nivel mundial. Se estima que 1.280 millones de personas en todo el mundo, de entre 30 y 79 años, padecen hipertensión; la mayoría, o dos tercios, residen en países de ingresos bajos y medios.<sup>1</sup> En 2015, se estimó que 8,5 millones de muertes estaban relacionadas con una presión arterial sistólica (PAS) superior a 115 mmHg, y que el 88% de estas muertes ocurrieron en países de ingresos bajos y medio.<sup>2</sup> Para reducir la carga de morbilidad cardiovascular en el mundo, la sociedad europea de cardiología publicó las nuevas guías para el manejo de la presión arterial elevada y de hipertensión arterial, tras la última guía del 2018, con la intención de entregar evidencia clínica basada en información actualizada sobre el abordaje, manejo y prevención de la patología.

La presente editorial presenta los mensajes más importantes de esta [guía recientemente publicada en el marco del Congreso Europeo de Cardiología y en la guía de Hipertensión Arterial 2024](#).

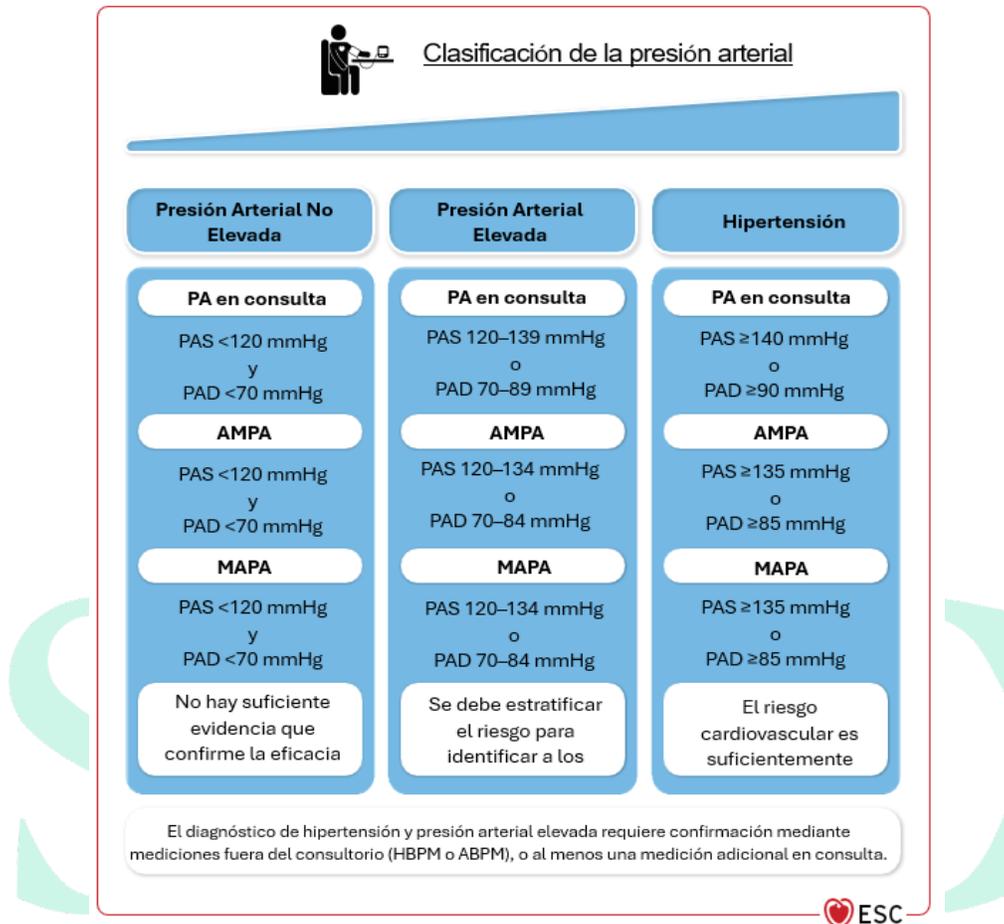
#### 1. Nueva definición y clasificación de la presión arterial

Para facilitar la toma de decisiones clínicas, la guía simplifica la categorización de los adultos según su presión arterial (PA). Aunque los datos de ensayos clínicos aleatorizados tuvieron prioridad sobre los datos observacionales, se reconoce que la interpretación de estos datos implica un cierto grado de subjetividad. Por tanto, ninguna clasificación de la PA puede considerarse perfecta.

Se presenta una **nueva clasificación para la PA** que divide a los pacientes en **tres categorías: PA no elevada, PA elevada e hipertensión (Figura 1)**. Este cambio está basado en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos aleatorizados, pues la evidencia muestra una relación continua y lineal entre la PA y las enfermedades cardiovasculares (ECV). A medida que la PAS aumenta a partir de 115 mmHg, también lo hace el riesgo relativo de desarrollar aterosclerosis y otras ECV.

Como tal la hipertensión se define como una PAS en consultorio de  $\geq 140$  mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) de  $\geq 90$  mmHg. Esta definición se sustenta en metaanálisis de ensayos clínicos que demuestran los beneficios de la terapia antihipertensiva para reducir ECV en pacientes con PA por encima de este umbral. La mayoría de los adultos en este rango presentan un riesgo cardiovascular elevado, con estimaciones a 10 años superiores al 10% para eventos fatales y no fatales.

La guía introduce una nueva categoría, la de "PA elevada", definida como una PAS entre 120-139 mmHg o una PAD entre 70-89 mmHg. En este rango no se recomienda tratamiento farmacológico para todos los pacientes, esto debido a que por fenómeno de curva J, los riesgos de iniciar tratamiento farmacológico no necesariamente serían superiores a las ventajas, excepto en los pacientes con riesgo cardiovascular alto o más, los cuales deben identificarse mediante una evaluación detallada de estratificación de riesgo (**ver evaluación de riesgo cardiovascular**). Lo que permitirá identificar a aquellos pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento farmacológico antes de que su PA alcance niveles de hipertensión clínica.



**Figura 1.** (Adaptado y modificado de Guías ESC/HTA 2024) Categorías de presión arterial. MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; MAPA: monitorización domiciliaria de la presión arterial; PAS: presión arterial sistólica. Los umbrales respectivos de MAPA no diurna para la elevación de la PA y el diagnóstico de hipertensión figuran en la tabla 1.

## DE CARDIOLOGÍA

Finalmente, la PA no elevada se refiere a una PAS <120 mmHg y diastólica <70 mmHg. En este grupo, la evidencia de beneficio cardiovascular con tratamiento farmacológico es limitada y no se justifica en ausencia de ensayos clínicos que apoyen su uso. Además, se excluyeron los términos como «PA normal», «PA óptima» o «normo tensión» ya que llevaban a no contemplar la posibilidad de ECV en este grupo de pacientes.

Es importante mencionar que el diagnóstico de hipertensión debe confirmarse con mediciones fuera del consultorio, como el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) o el automonitoreo ambulatorio de presión arterial (AMPA) (**Tabla 1**), lo cual asegura mayor precisión y reduce los errores asociados a la hipertensión de bata blanca e hipertensión enmascarada.

**Tabla 1.** (Adaptado y modificado de Guías ESCHTA 2024) **Comparación de los umbrales de medición de la presión arterial en el consultorio, en el domicilio y de forma ambulatoria para la presión arterial elevada y la hipertensión.**

	PA de consultorio (mmHg) <sup>a</sup>	PA ambulatoria (mmHg)	PA del día MAPA (mmHg)	PA de 24 horas MAPA (mmHg)	PA de la noche MAPA (mmHg)
<b>Referencia</b>					
<b>PA no elevada</b>	<120/70	<120/70	<120/70	<115/65	<110/60
<b>PA elevada</b>	120/70–<140/90	120/70–<135/85	120/70–<135/85	115/65–<130/80	110/60–<120/70
<b>Hipertensión</b>	≥140/90	≥135/85	≥135/85	≥130/80	≥120/70

MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; PA: presión arterial.

- a. Los umbrales de PA proporcionados suponen que se realiza una medición estandarizada de la PA en el consultorio. Sin embargo, la evidencia indica que la medición de la PA en el consultorio en entornos clínicos rutinarios a menudo no se realiza utilizando un enfoque estandarizado y, en este caso, el valor de PA rutinario en el consultorio puede ser 5-10 mmHg más alto de lo que habría sido si se hubiera medido utilizando el enfoque estandarizado recomendado.

## 2. Riesgo cardiovascular en presión arterial elevada: implementación de SCORE2 y estratificación basada en condiciones de alto riesgo

Se introduce un enfoque basado en el riesgo para guiar las decisiones sobre el tratamiento de la PA elevada. Ciertas condiciones y patologías presentan un riesgo cardiovascular lo suficientemente alto como para justificar el inicio del tratamiento para reducir la PA, incluso en pacientes con PA elevada (**Figura 2**). Para este grupo de pacientes, el tratamiento antihipertensivo puede prevenir futuras ECV.

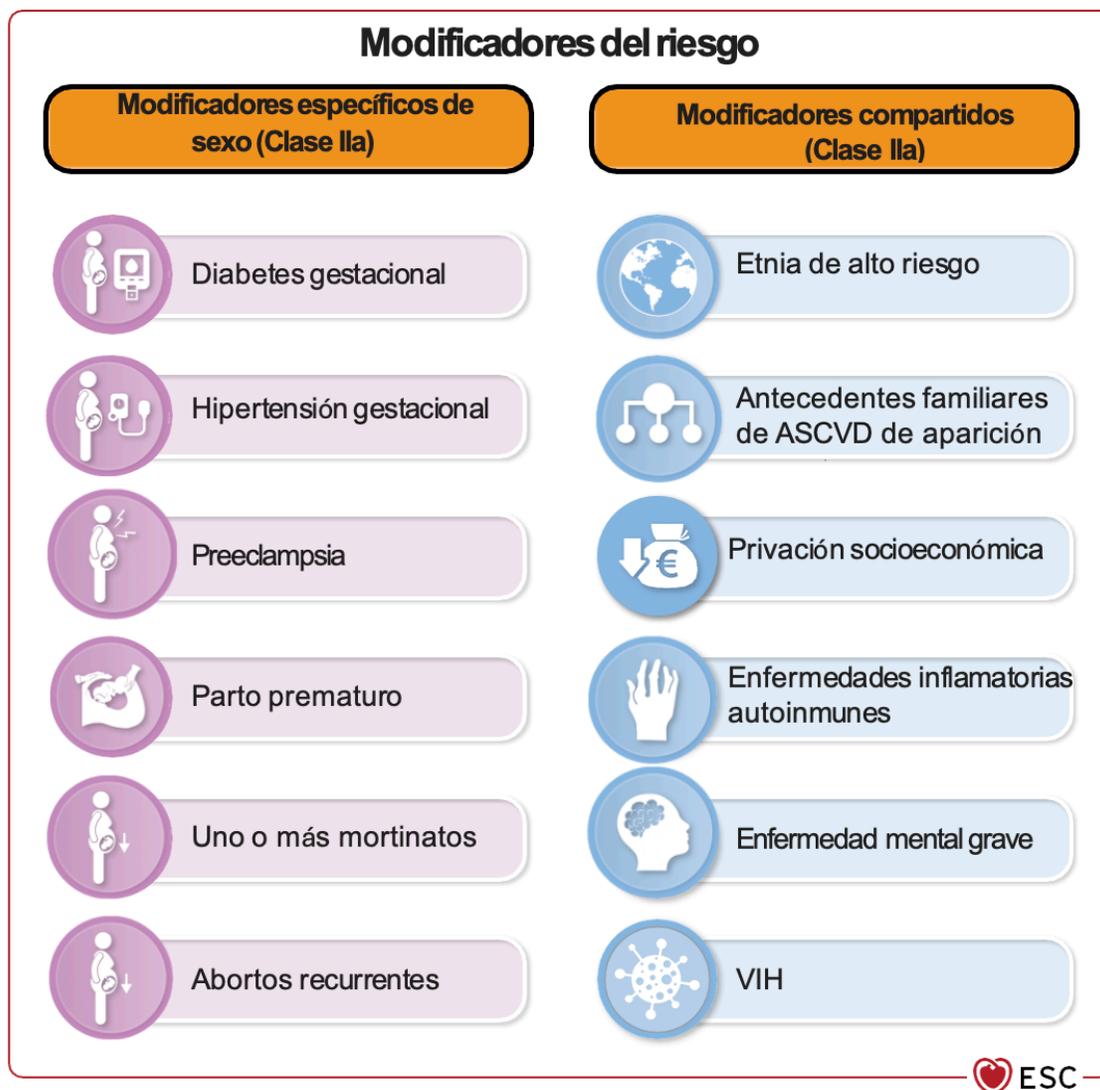
	<b>Enfermedad cardiovascular clínica establecida</b>	Enfermedad cardiovascular aterosclerótica <sup>a</sup> Insuficiencia cardíaca
	<b>ERC moderada o grave</b>	eGFR <60 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> o albuminuria ≥30 mg/g (≥3 mg/mmol)
	<b>Otras formas de daño orgánico mediado por la HTA</b>	Cardíaca <sup>b</sup> Vascular <sup>b</sup>
	<b>Diabetes 1 mellitus</b>	Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 <sup>c</sup>
	<b>Hipercolesterolemia familiar</b>	Hipercolesterolemia familiar probable o definida



**Figura 2** (Adaptado y modificado de Guías ESC HTA 2024). Condiciones de riesgo cardiovascular suficientemente elevadas que justifican el tratamiento hipotensor entre los adultos con presión arterial elevada. ERC: enfermedad renal crónica; TFGe: tasa de filtración glomerular estimada. a Coronariopatía, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica. b Véase el apartado 1. C SCORE2-Diabetes: debe tenerse en cuenta para identificar a los individuos de menor riesgo (<10% de riesgo de ECV a 10 años), que pueden no requerir medicación hipotensora, especialmente en individuos <60 años.

En ausencia de estas condiciones de alto riesgo, las guías recomiendan el uso de modelos de predicción de riesgo, como SCORE2 y SCORE2-OP, para evaluar el riesgo a 10 años de eventos cardiovasculares fatales y no fatales, incluidos el accidente cerebrovascular y el infarto de miocardio.

La evaluación con SCORE2 se recomienda en personas de 40 a 69 años con PA elevada, mientras que SCORE2-OP se recomienda para individuos de 70 años o más. Aquellos pacientes con un riesgo cardiovascular a 10 años de ≥10%, calculado mediante estos modelos, se consideran de riesgo suficientemente alto como para iniciar tratamiento farmacológico o intensificar el manejo del estilo de vida para reducir la PA. Este umbral de riesgo del 10% se ha adoptado con base en datos contemporáneos que muestran que el control de la PA es crucial, particularmente en los adultos mayores, donde el riesgo absoluto de eventos cardiovasculares es mayor y el tratamiento tiene un impacto más significativo.

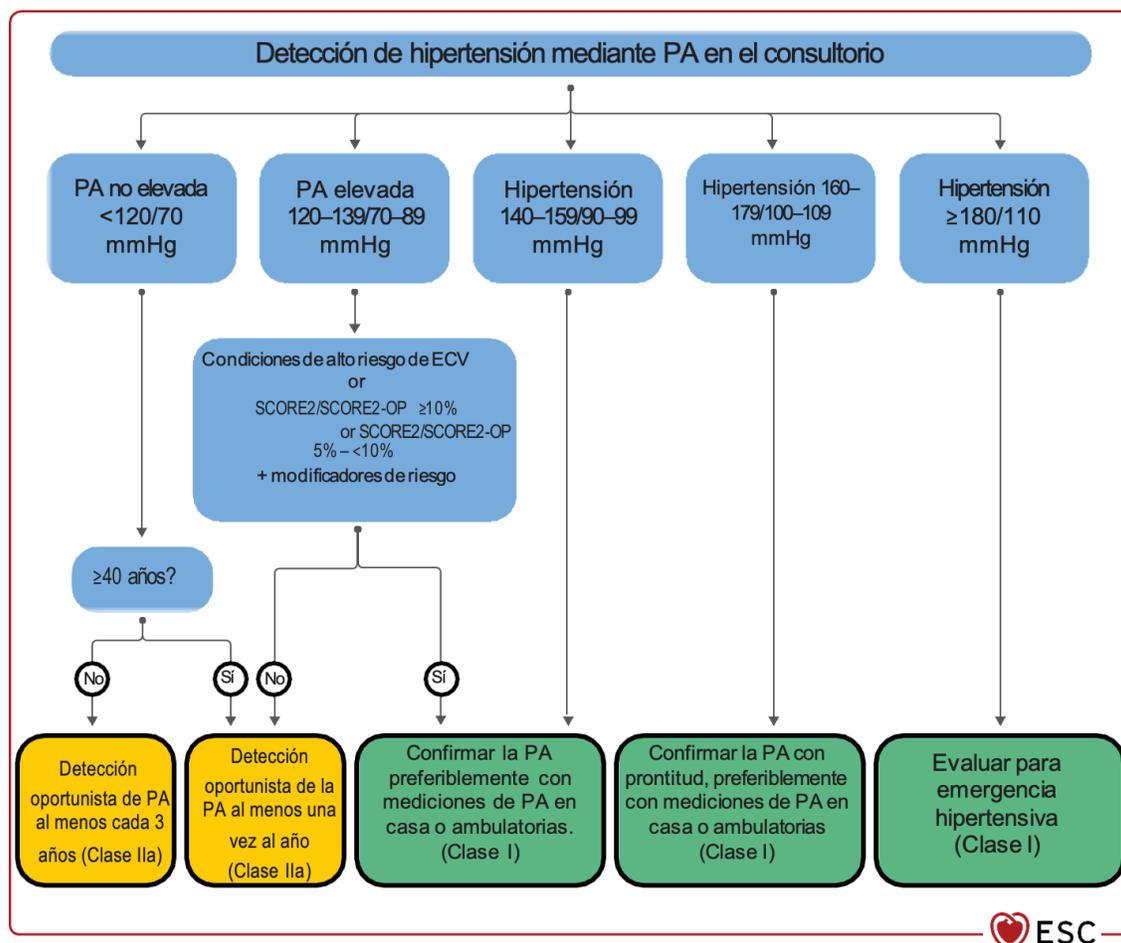


**Figura 3.** (Adaptado y modificado de Guías ESC HTA 2024). Modificadores del riesgo de enfermedad cardiovascular a tener en cuenta para la reclasificación del riesgo. ASCVD, enfermedad cardiovascular aterosclerótica; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana.

Además, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 menores de 60 años, donde el riesgo cardiovascular puede ser inferior al 10%, se sugiere utilizar el modelo SCORE2-Diabetes para identificar a aquellos pacientes que requieren tratamiento farmacológico. También se destacan los modificadores de riesgo cardiovascular no tradicionales, relacionados al sexo y otros globales (**Figura 3**), estos pueden ayudar a reclasificar el riesgo en pacientes con un riesgo limítrofe del 5-10%, lo que podría justificar la intensificación del tratamiento.

### 3. Diagnóstico de hipertensión y exploración de causas subyacente.

La hipertensión es una enfermedad mayormente asintomática que se detecta a través de cribado sistemático u oportunista en centros de salud. El cribado sistemático identifica a personas para medir su PA y riesgo cardiovascular, mientras que el cribado oportunista se realiza cuando el paciente acude por otros motivos. Las recomendaciones para el cribado de hipertensión arterial se describen en la **Figura 4**.



**Figura 4.** (Adaptado y modificado de Guías ESCHTA 2024). Protocolo para confirmar el diagnóstico de hipertensión. PA, Presión arterial; ECV, enfermedad cardiovascular; SCORE2, Evaluación Sistemática de Riesgo Coronario 2; SCORE2-OP, Evaluación Sistemática del Riesgo Coronario 2 – Personas Mayores.

En el diagnóstico de hipertensión deben solicitarse pruebas de rutina y en ciertos casos pruebas opcionales para la evaluación del daño a órgano diana, tanto clínico como subclínico, pues ayudaran a la toma de decisión juiciosa sobre tratamiento, intervenciones personalizadas para cada paciente. (**Figura 5**).

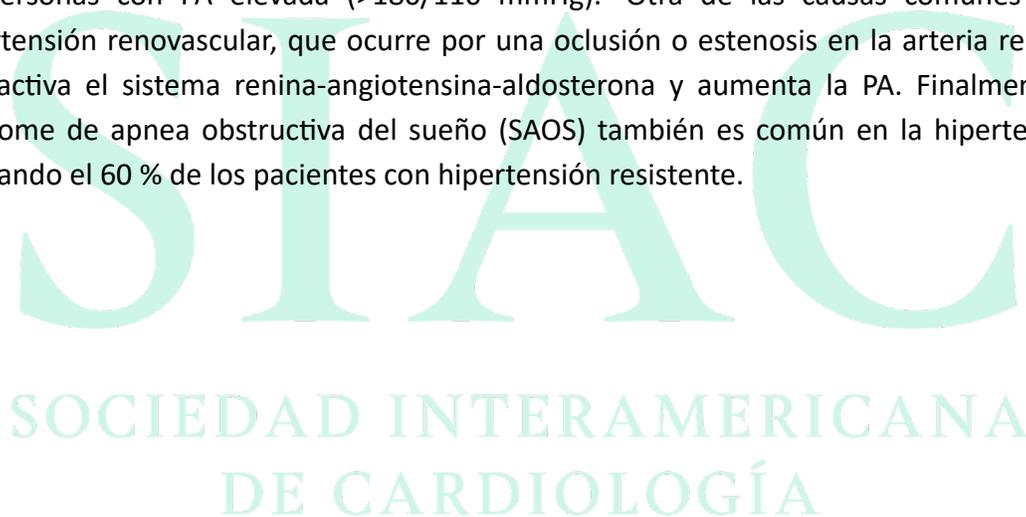
### 3.1 Hipertensión resistente

En esta guía la definición permanece, considerando la hipertensión resistente como el fenómeno en el que la PA no logra ser controlada a pesar de una combinación de tres medicamentos para bajar la presión (incluyendo un diurético tiazídico o similar a la tiazida),

por otro lado, se desalienta el uso de los términos «hipertensión resistente controlada» (PA en el objetivo pero que requiere  $\geq 4$  medicamentos) o «hipertensión refractaria» (PA que no alcanza el objetivo a pesar de  $\geq 5$  medicamentos). Basándose en el principio de que como tal la hipertensión resistente no es una enfermedad, sino un indicador que debe utilizarse para identificar a los pacientes con alto riesgo de ECV, en los que también es frecuente la hipertensión secundaria.

### **3.2 Hipertensión secundaria**

Por otra parte hipertensión secundaria es más común de lo que se creía, afectando entre el 10 % y el 35 % de los pacientes hipertensos, y hasta el 50 % de aquellos con hipertensión resistente. Entre las causas, el hiperaldosteronismo primario es frecuente, especialmente en personas con PA elevada ( $>180/110$  mmHg). Otra de las causas comunes es la hipertensión renovascular, que ocurre por una oclusión o estenosis en la arteria renal, lo que activa el sistema renina-angiotensina-aldosterona y aumenta la PA. Finalmente, el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) también es común en la hipertensión, afectando el 60 % de los pacientes con hipertensión resistente.



¿Por qué medir?	¿Qué órgano?	¿Qué medir?	¿Cómo diagnosticar HMOD?
 <p>Apoyar la decisión de iniciar o intensificar el tratamiento hipotensor para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuos con PA elevada con riesgo SCORE2/SCORE2-OP de 5–&lt;10%</li> <li>• Situaciones inciertas (es decir, PA o riesgo cercano a los umbrales, hipertensión enmascarada o de bata blanca, factores de riesgo de ECV no tradicionales)</li> <li>• Individuos &lt;40 años con presión arterial elevada</li> <li>• Asistencia para superar la inercia del paciente y del médico</li> </ul>	<p><b>Riñón</b></p> 	 <p>TFGe ACR</p>	<p>Enfermedad renal de moderada a grave</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TFGe &lt;60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> independientemente de la albuminuria</li> <li>• Albuminuria ≥30 mg/g independientemente de la TFGe</li> </ul>
	<p><b>Corazón</b></p> 	 <p>ECG</p>	<p>LVH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sokolow-Lyon: SV1+RV5 &gt;35 mm</li> <li>• RaVL ≥11 mm</li> <li>• Tensión Cornell: SV3+RaVL &gt;28 mm (hombres) SV3+RaVL &gt;20 mm (mujeres)</li> </ul>
		 <p>Ecocardiografía</p>	<p>LVH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masa/altura del VI 2,7 (g/m<sup>2,7</sup>): &gt;50 (hombres) &gt;47 (mujeres)</li> <li>• Masa VI/BSA(g/m<sup>2</sup>): &gt;115 (hombres) &gt;95 (mujeres)</li> <li>• Geometría concéntrica VI: RWT ≥0,43</li> </ul> <p>Disfunción diastólica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volumen AI/altura<sup>2</sup> (mL/m<sup>2</sup>): &gt;18,5 (hombres) &gt;16,5 (mujeres)</li> <li>• Índice de volumen de la AI (mL/m<sup>2</sup>): 34</li> <li>• e' &lt;7cm; E/e' &gt;14</li> </ul>
		 <p>Biomarcadores cardíacos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hs-cTnT o I &gt; límite superior de referencia del percentil 99</li> <li>• NT-proBNP &gt;125 pg/mL si edad &lt;75 años o &gt;450 pg/mL si ≥75 años</li> </ul>
	<p><b>Arterias</b></p> 	 <p>Ecografía carotídea o femoral</p>	<p>Placa (engrosamiento focal de la pared &gt;1,5 mm)</p>
		 <p>Velocidad de la onda de pulso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VOP carotídeo-femoral &gt;10 m/s</li> <li>• VOP braquio-tobillo &gt;14 m/s</li> </ul>
		 <p>TC cardíaca</p>	<p>Puntuación de calcio en la arteria coronaria &gt;100 unidades Agatston</p>



**Figura 5.** (Adaptado y modificado de Guías ESC/HTA 2024). Pruebas y criterios para definir el daño orgánico mediado por hipertensión y consideraciones para su uso en la práctica clínica. ACR, relación albúmina; AI, aurícula izquierda; BSA, superficie corporal; ECG, electrocardiograma; ECV, enfermedad cardiovascular; eGFR, tasa de filtrado glomerular estimada; HMOD, daño orgánico mediado por hipertensión; hs-cTnT, troponina T cardíaca de alta sensibilidad; HVI, hipertrofia ventricular izquierda; NT-proBNP, péptido natriurético cerebral N-terminal; PA, presión arterial; PWV, velocidad de la onda del pulso; RWT, espesor relativo de la pared; SCORE2, Evaluación Sistemática de Riesgo Coronario 2; SCORE2-OP, Evaluación Sistemática del Riesgo Coronario 2 para Personas Mayores; TC, tomografía computarizada; VI, ventrículo izquierdo. Se pueden encontrar más detalles y referencias en los datos complementarios en línea, Tablas S1 y S5

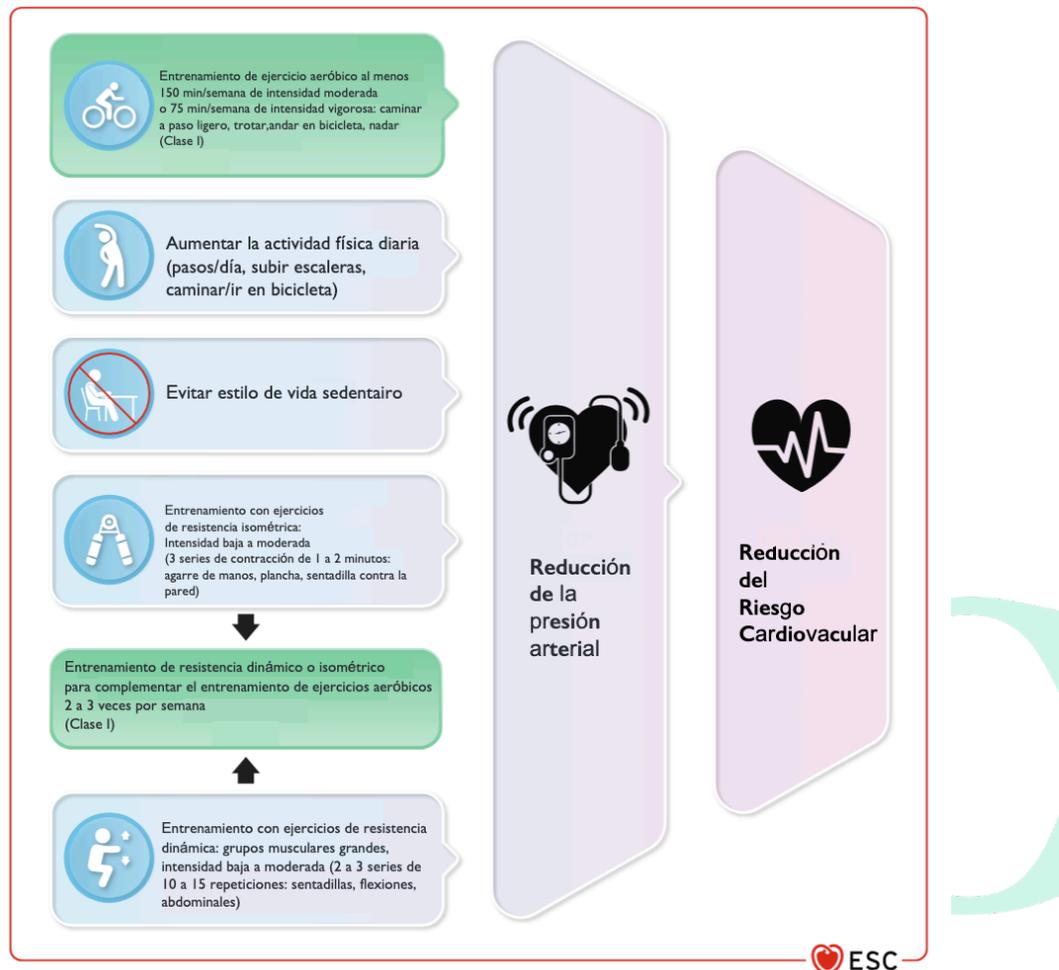
## 4. Prevención y tratamiento de la presión arterial elevada e hipertensión

La guía nos recuerda que la principal meta del tratamiento de la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial es la prevención de la muerte cardiovascular y la mejoría en la calidad de vida.

Los estilos de vida no saludables son un gran contribuyente a la elevación de la PA, por lo que se debe tomar en cuenta todas las recomendaciones e implementarlas, ya que su beneficio está más allá del espectro de la hipertensión arterial, como la salud mental. Los autores consideran que no es necesario que las recomendaciones se respalden de estudios aleatorizados controlados para una clase I, debido entre otros al poco financiamiento y que el riesgo de efectos adversos es bajo.

### 4.1 Ejercicio

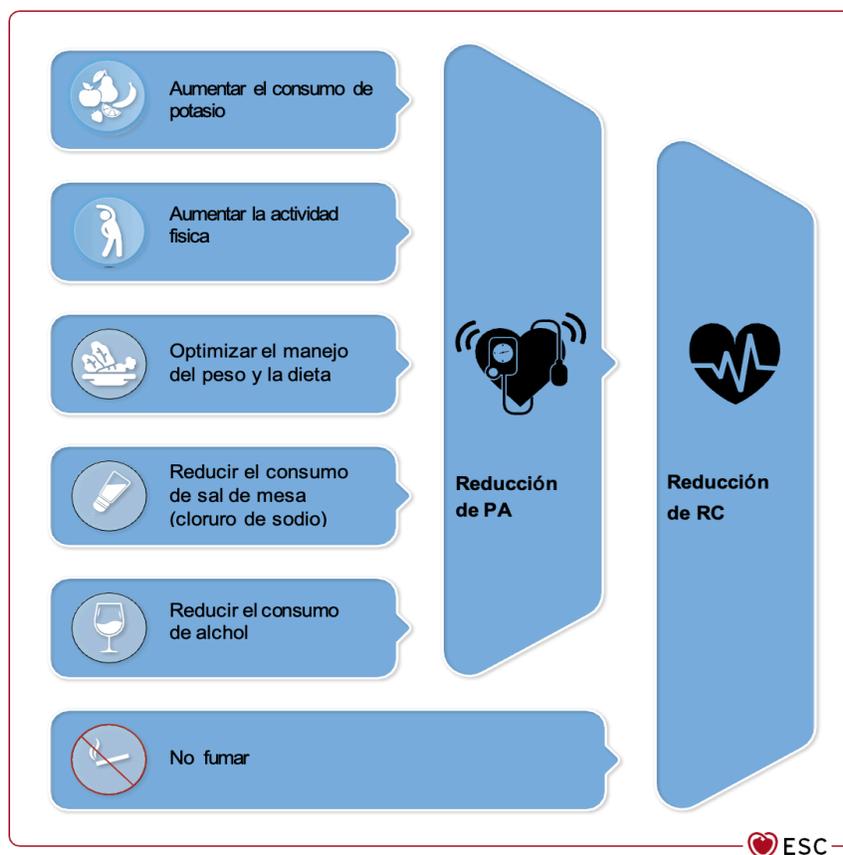
Según una revisión sistemática y metaanálisis, el ejercicio aeróbico, también conocido como ejercicio de resistencia, es la forma más efectiva de reducir la PA en pacientes con hipertensión y PA elevada. Aunque el ejercicio de resistencia dinámica o isométrica puede complementar el tratamiento, no es una alternativa principal. El ejercicio aeróbico regular puede reducir la PAS en 7-8 mmHg y la diastólica en 4-5 mmHg en pacientes hipertensos. Comparado con los pacientes sedentarios, la actividad física regular está asociada a una menor mortalidad cardiovascular en personas con hipertensión conocida (**Figura 6**). Sin embargo, en pacientes con una PAS superior a 200 mmHg o una PAD mayor a 110 mmHg, se deben considerar contraindicaciones relativas antes de iniciar ejercicio.



**Figura 6** (Adaptado y modificado de Guías ESC HTA 2024). Actividad física según diferentes tipos de ejercicio y reducción de la presión arterial y el riesgo general de enfermedades cardiovasculares. Se da prioridad al entrenamiento de ejercicio aeróbico (verde).

## 4.2 Potasio

Esta guía agrega la recomendación sobre la ingesta de potasio, ya que la ingesta óptima de potasio en la dieta tiene efectos reductores de la PA y puede estar asociada con un menor riesgo de ECV. En pacientes con hipertensión y alto contenido de sodio en la dieta, se debe considerar aumentar la ingesta de potasio en la dieta (además de reducir el sodio en la dieta) (Figura 7).



**Figura 7** (Adaptado y modificado de Guías ESC/HTA). Los efectos de los principales factores del estilo de vida sobre la presión arterial y la reducción del riesgo cardiovascular. PA, presión arterial; RC, riesgo cardiovascular. Dejar de fumar reduce el riesgo cardiovascular general, pero no la presión arterial (flecha larga). La reducción del consumo de sal disminuye la presión arterial y, en personas con una ingesta basal alta, reduce el riesgo cardiovascular. El aumento de la ingesta de potasio y una mayor actividad física, así como una gestión óptima del peso, reducen la presión arterial y están asociados con un menor riesgo cardiovascular general (flechas cortas)

## SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGÍA

### 5. Tratamiento Farmacológico

Cuando tenemos paciente con PA elevada se recomienda una estratificación adicional del riesgo de ECV para guiar la terapia.

En caso de diagnóstico de hipertensión arterial, se recomienda iniciar tratamiento para reducir la PA independientemente del riesgo de ECV, este debe consistir en una combinación simultánea de intervenciones en el estilo de vida y terapia farmacológica.

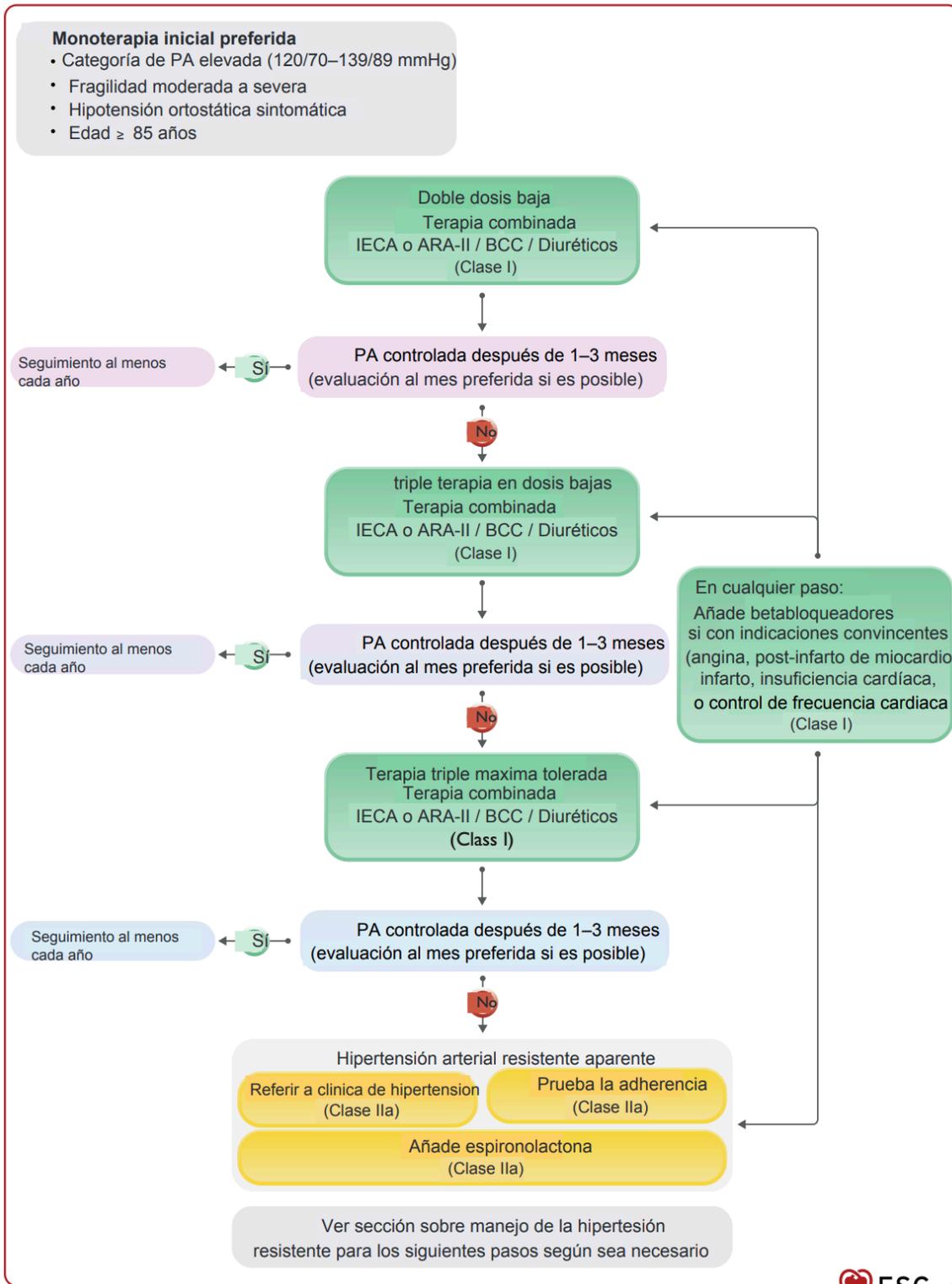
Las principales clases de fármacos con evidencia sólida de reducción de eventos cardiovasculares mediada por la PA son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (iECA), los antagonistas del receptor angiotensina 2 (ARA II), los bloqueantes de canales de calcio (BCC) dihidropiridínicos, los diuréticos (tiazidas y diuréticos similares a tiazidas como hidroclorotiazida, clortalidona e indapamida) y los betabloqueantes (BB). Los

primeros cuatro se recomiendan como opciones de primera línea para iniciar el tratamiento de la hipertensión en la población general. Los BB se pueden agregar preferentemente en determinadas circunstancias. Las presentes pautas requieren evidencia de ensayos sobre el beneficio de los resultados de eventos cardiovasculares para un fármaco o procedimiento reductor de la PA para lograr una recomendación de Clase I, y dado que no se han realizado ensayos de antagonista de los receptores de mineralocorticoides(ARM) en muestras generales de pacientes con hipertensión primaria, hemos otorgado a los ARM una recomendación de Clase IIa.

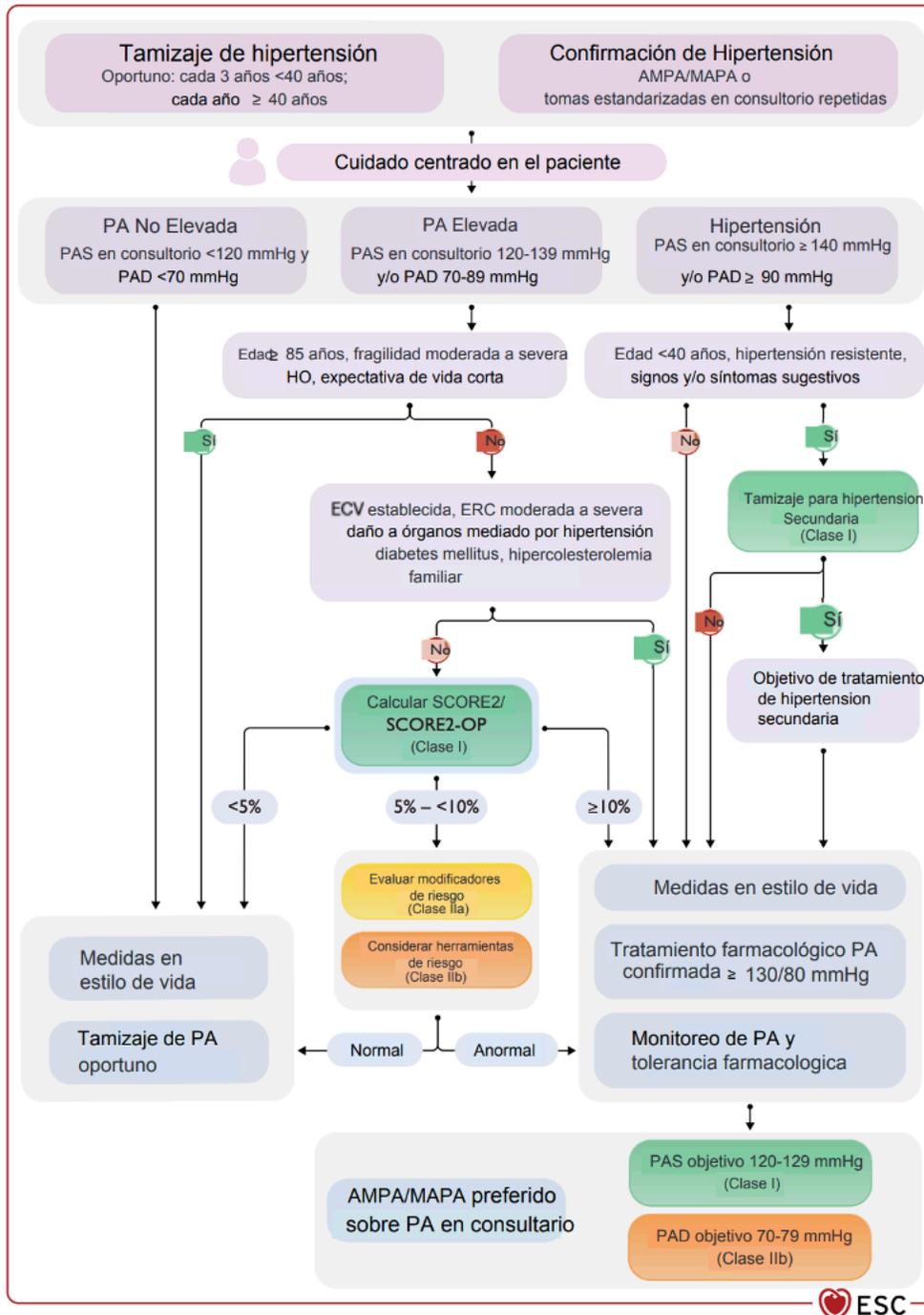
Las clases de fármacos reductores de la PA, como los alfas bloqueantes, la hidralazina, el minoxidil, otros diuréticos ahorradores de potasio y los agentes de acción central, son menos convincentes y se justifica la precaución con respecto a los efectos adversos.

Se busca una terapia combinada para reducir la PA, siendo preferibles las combinaciones de una sola pastilla. Para aquellos con PA elevada que tienen una indicación para un tratamiento para reducir la PA, se recomienda la monoterapia en primera instancia. No hay datos de resultados de ensayos prospectivos que demuestren la superioridad de la terapia combinada inicial (ya sea como combinaciones de una sola pastilla o como pastillas separadas) sobre la monoterapia inicial en el tratamiento aislado de la hipertensión.

SIAC  
SOCIEDAD INTERAMERICANA  
DE CARDIOLOGÍA



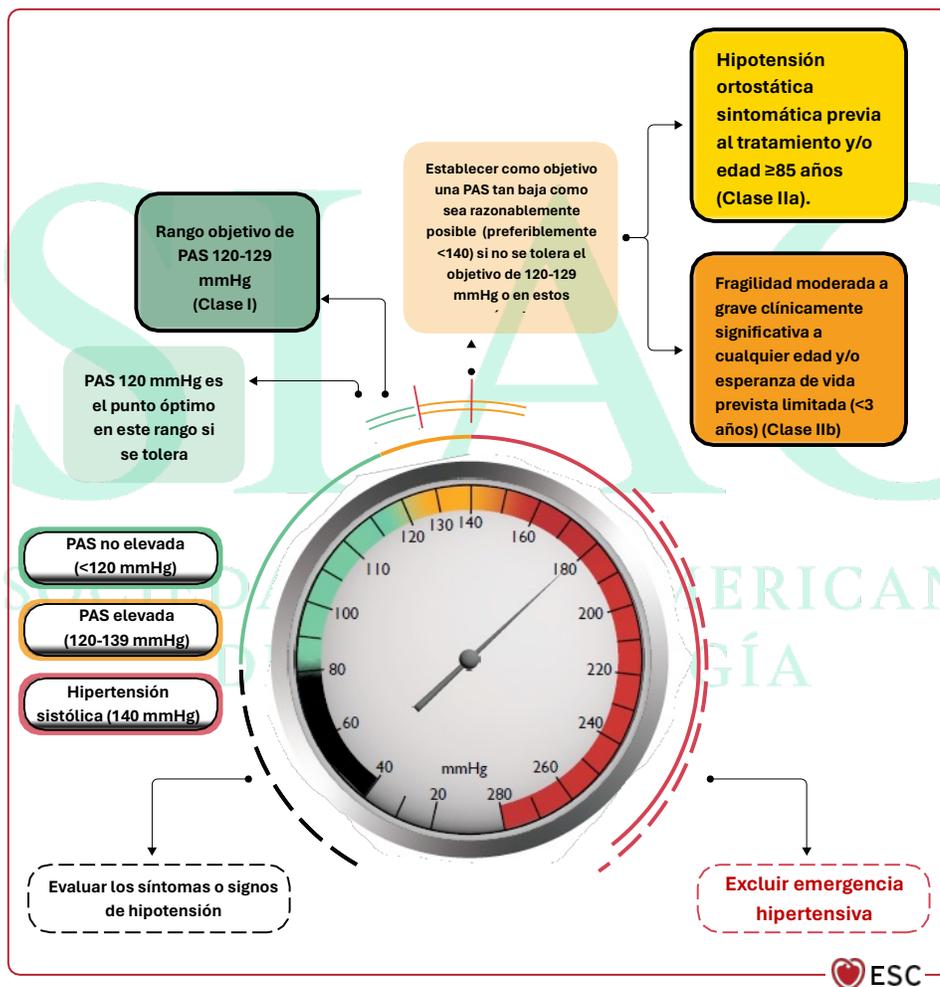
**Figura 8.** (Adaptado y modificado de Guías ESC/HTA 2024). Algoritmo práctico para la reducción farmacológica de la presión arterial. IECA, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; ARA, antagonista de los receptores de angiotensina; PA, presión arterial; BCC, bloqueador de canales de calcio; SE, seguimiento; S, Sí; N, No.



**Figura 9.** (Adaptado y modificado de Guías ESC HTA 2024). Ilustración Central. AMPA, monitoreo de presión arterial en el hogar; ECV, enfermedad cardiovascular; ERC, enfermedad renal crónica; HO, hipotensión ortostática; MAPA, monitoreo ambulatorio de presión arterial; PA, presión arterial; PAD, presión arterial diastólica; PAS, presión arterial sistólica; SCORE2, Evaluación Sistemática del Riesgo Coronario 2; SCORE2-OP, Evaluación Sistemática del Riesgo Coronario 2 para Personas Mayores. Algoritmo resumen para la clasificación y manejo de la presión arterial. Consulte la tabla 1. para recomendaciones sobre la confirmación fuera de la oficina de las tres categorías de presión arterial.

## 6. Metas para el Control de la Presión Arterial

Una de las revisiones más significativas de esta guía es la actualización de las metas de control de la PA. La meta general es reducir la PAS a 120-129 mmHg en la mayoría de los pacientes, siempre que sea bien tolerada. Sin embargo, en pacientes mayores o con condiciones especiales, como la fragilidad o el riesgo de hipotensión ortostática, se deben considerar objetivos menos estrictos y adaptados a las necesidades individuales del paciente (Figura 10).



**Figura 10** (Adaptado y modificado de Guías ESCHTA). Categorías de presión arterial sistólica y rango objetivo de tratamiento. PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica.

## 7. Innovación en el Manejo de la Hipertensión Resistente: denervación renal

La guía establece nuevas recomendaciones sobre procedimientos para la reducción de la PA. En centros donde esté disponible, a denervación renal por catéter (idealmente centros de mediano y alto volumen de pacientes aptos para estas intervenciones). Esta puede ser considerada en pacientes con hipertensión resistente y que expresen una preferencia por someterse a la denervación renal después de una discusión compartida de riesgos y beneficios, y una evaluación multidisciplinaria, con una clase de recomendación IIb, nivel de evidencia B. Así mismo, se puede considerar la denervación renal por catéter en pacientes con mayor riesgo de ECV y PA no controlada con menos de tres medicamentos, si expresan una preferencia por someterse a la denervación renal después de una discusión compartida de riesgos y beneficios, y una evaluación multidisciplinaria con un clase de recomendación IIb, nivel de Evidencia A.

Esta nueva recomendación nace de los datos de seguimiento del Registro Global Symplicity, del estudio Symplicity HTN-3, del ensayo piloto Spyral HTN-ON MED, y del ensayo SOLO de RADIANCE-HTN sobre el Sistema Paradise de Recor Medical indican que el efecto de reducción de la PA se mantiene hasta por 3 años.

Existen algunas preocupaciones que deben tenerse en cuenta: 1. El efecto de las tecnologías actuales de denervación renal sobre la reducción de la PA es relativamente modesto 2. La rentabilidad de la denervación renal no ha sido completamente establecida. 3. No existen ensayos clínicos suficientemente grandes que demuestren que la denervación renal reduce los eventos cardiovasculares o que sea segura a largo plazo.

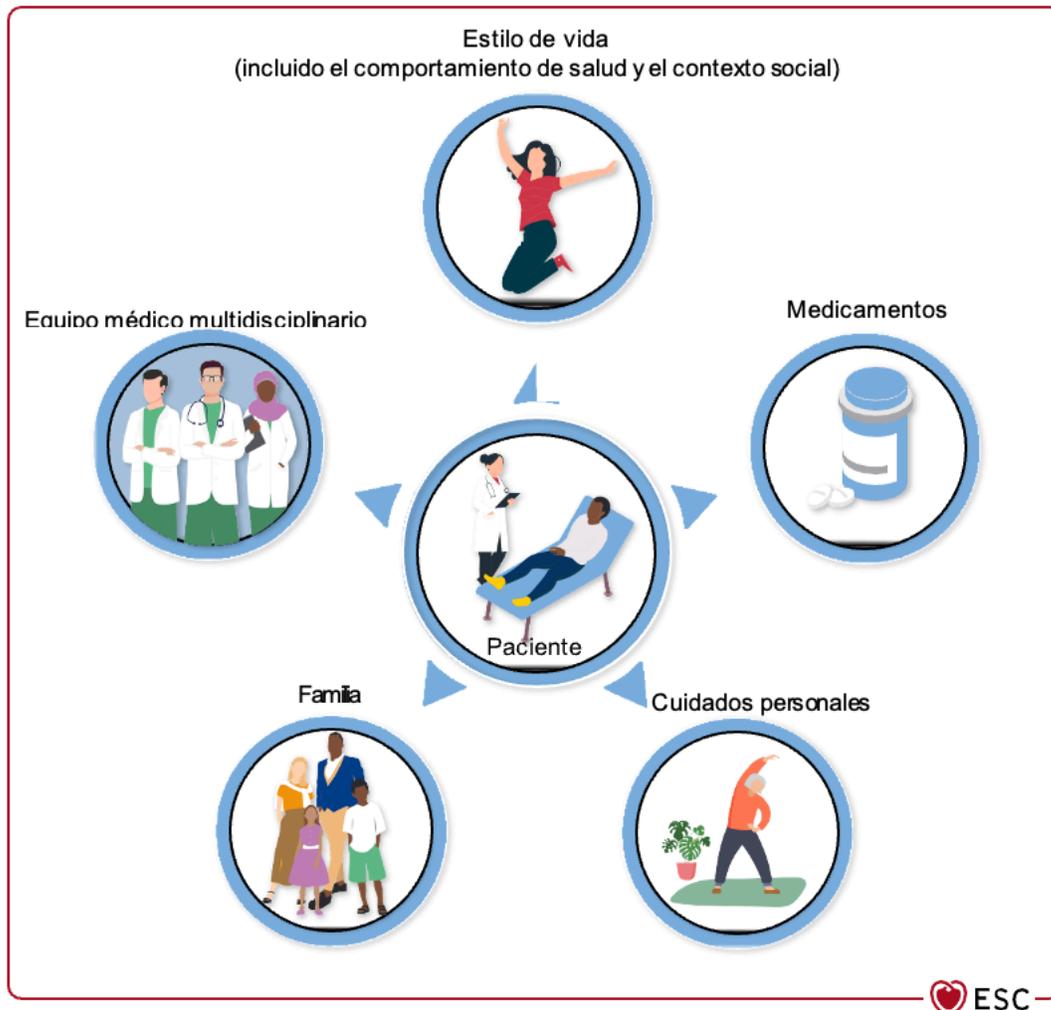
**Tabla 2.** (Adaptado y modificado de Guías ESC HTA 2024) **Recomendaciones para el tratamiento de la hipertensión mediante dispositivos**

Recomendación	Clase	Nivel
Se recomienda que el primer objetivo del tratamiento sea reducir la presión arterial a <140/90 mmHg en todos los pacientes y, siempre que el tratamiento sea bien tolerado, los valores de presión arterial tratados deberían ser dirigidos a 130/80 mmHg o inferiores en la mayoría de los pacientes.	I	A
Se debe considerar un objetivo de presión arterial diastólica de <80 mmHg para todos los pacientes hipertensos, independientemente del nivel de riesgo y las comorbilidades.	IIa	B
En pacientes mayores (de 65 años o más) que reciben medicamentos para la presión arterial: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se recomienda que la presión arterial sistólica se dirija a un rango de 130-139 mmHg.</li> </ul>	I	A

Para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, se recomienda que los valores de presión arterial sistólica tratados en la mayoría de los adultos se orienten a 120-129 mmHg, siempre que el tratamiento sea bien tolerado.	I	A
En casos donde la PA sistólica en tratamiento esté en o por debajo del objetivo (120-129 mmHg) pero la PA diastólica no esté en el objetivo ( $\geq 80$ mmHg), se puede considerar intensificar el tratamiento para alcanzar una PA diastólica en tratamiento de 70-79 mmHg con el fin de reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.	IIb	C
Dado que el beneficio del riesgo CV de un objetivo de PA sistólica en tratamiento de 120-129 mmHg puede no generalizarse a los siguientes contextos específicos, se deben considerar objetivos de PA sistólica más personalizados y flexibles (por ejemplo, $<140$ mmHg) entre los pacientes que cumplan con los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipotensión ortostática sintomática previa al tratamiento;</li> <li>Y/o edad <math>\geq 85</math> años.</li> </ul>	IIa	C
Dado que el beneficio de PA sistólica en tratamiento de 120-129 mmHg para ECV puede no generalizarse a los siguientes contextos específicos, se pueden considerar objetivos de PA más personalizados y flexibles (por ejemplo, $<140/90$ mmHg) entre los pacientes que cumplan con los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>Fragilidad clínica significativa, moderada a severa a cualquier edad;</li> <li>y/o esperanza de vida limitada (<math>&lt;3</math> años).</li> </ul>	IIb	C

## 8. Enfoque Centrado en el Paciente

La guía enfatiza acerca del enfoque centrado en el paciente, adaptando el tratamiento a sus necesidades específicas. Al hacerlo, se busca un mayor adherencia al tratamiento, mejorar la satisfacción del paciente, asegurar que sigan las recomendaciones médicas y, en última instancia un control de manera más efectiva. En ese sentido, para lograr una atención verdaderamente centrada en el paciente, es fundamental una comunicación clara sobre el riesgo que implica la hipertensión, los beneficios/efectos secundarios y razones del tratamiento, utilizando modelos como SCORE2 y SCORE2-OP que utilizan conceptos intuitivos como 'edad de riesgo'.

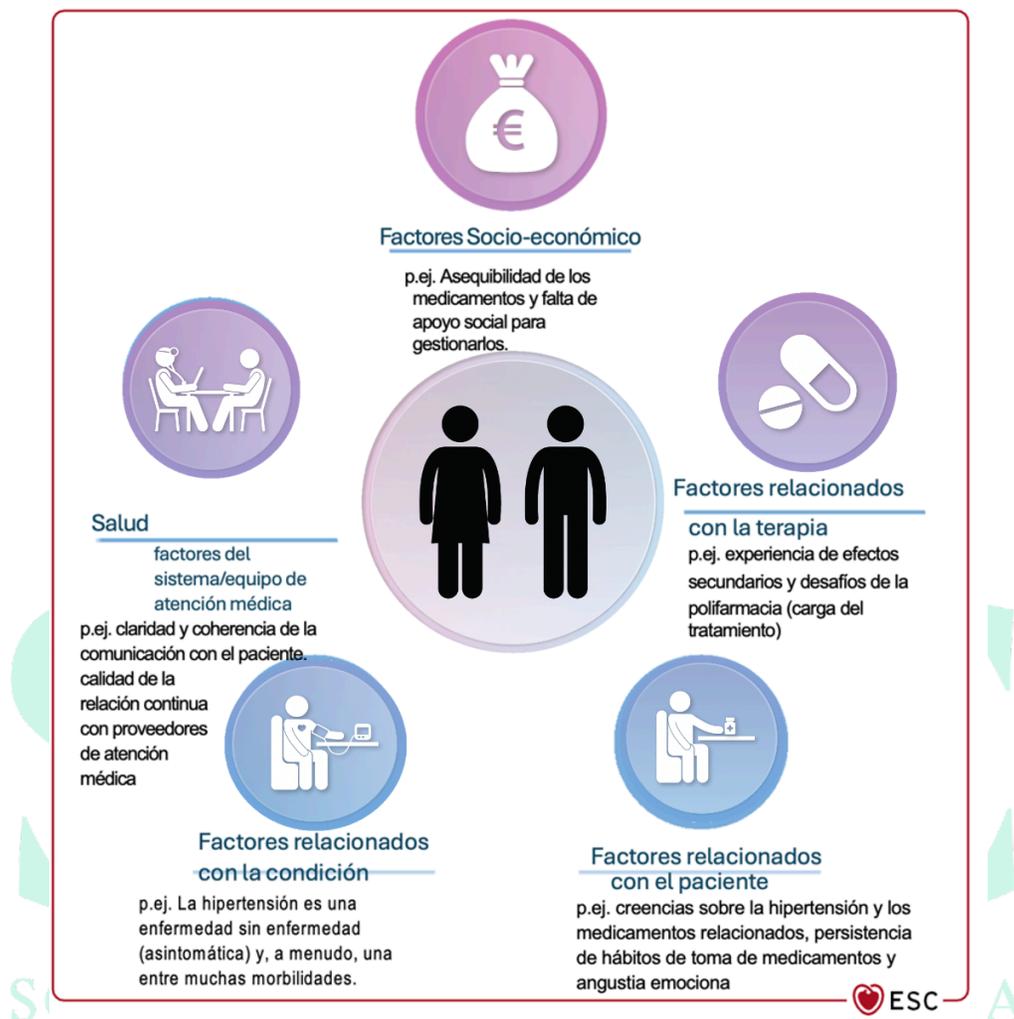


**Figura 11.** (Adaptado y modificado de Guías ESCHTA). Atención enfocada en el paciente

## DE CARDIOLOGÍA

Por otro parte, las guías hacen destacar la importancia del autocontrol y el seguimiento en el manejo de la hipertensión, ya que al monitorear sus hábitos de vida, dieta, ejercicio y medir su PA en casa, los pacientes adquieren un papel activo en su tratamiento, permitiendo detectar tempranamente variaciones y ajustar la medicación de manera oportuna con base a la capacidad económica del paciente.

Asimismo, la mayoría de los casos de hipertensión resistente al tratamiento se deben a la falta de adherencia a la medicación. Por ello, es fundamental simplificar los esquemas terapéuticos con un enfoque multidisciplinario, priorizando el uso de medicamentos de acción prolongada y combinaciones en una sola pastilla cuando sea posible. Además, contar con el apoyo de un familiar puede mejorar la adherencia al tratamiento, facilitando el control de la PA.



**Figura 12.** Las cinco dimensiones de adherencia (OMS, 2003) aplicadas a la hipertensión.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés relacionado con la elaboración del presente editorial.

**Texto original:** McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). *Eur Heart J* [Internet]. 2024 [citado el 12 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article-pdf/doi/10.1093/eurheartj/ehae178/58916755/ehae178.pdf>

**Bibliografía:**

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Zhou, Bin, Pablo Perel, George A. Mensah, y Majid Ezzati. 2021. "Global Epidemiology, Health Burden and Effective Interventions for Elevated Blood Pressure and Hypertension". *Nature Reviews. Cardiology* 18 (11): 785–802. <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00559-8>.

**Autores:**



**Dr. Fabio Enrique Parada Cabrera**

MSc. Medicina Interna – Fellow de 3er año Cardiología, Hospital Roosevelt, Guatemala  
Líder Emergente Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC)  
Máster en Cardiología Clínica.  
Máster de formación permanente Cardio-Onco-Hematología.



**Dr. Alex David Sotomayor Julio**

Especialista en medicina interna y cardiología  
Especialista en Docencia Universitaria

Miembro Adherente Sociedad Colombiana de cardiología. Capitulo jóvenes cardiólogos  
Miembro AHA/ESC  
Líder Emergente Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC)



**Diego Aguirre Villegas**

Coordinador del Programa de Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac  
Estudiante de Medicina de 2do año, Universidad Anáhuac México  
Líder Emergente Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC)