



CARTA AL EDITOR

Riesgo continuo vascular con cifras de presión arterial altas. Comentario sobre recomendaciones vasculares y HTA PAPPs 2024



Continuous vascular risk with high blood pressure levels. Commentary on vascular and HTA PAPPs 2024 recommendations

Sr. Editor,

He leído con atención la reciente publicación en su revista de la actualización del programa PAPPs¹, y en concreto me refiero en esta carta a la actualización «Cardiovascular preventive recommendations. PAPPs 2024 thematic updates» que ha realizado el grupo de Orozco-Beltrán et al. El comentario surge a tenor de la reciente publicación en octubre de 2024 de McEvoy et al. del grupo de ESC Scientific Document titulada «2024 ESC guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension»². Este grupo, pese a tener una reciente actualización de las guías sobre hipertensión arterial en Europa por el grupo de Mancia et al.³ a las que hacen referencia Orozco Beltrán et al. de forma continua en su documento PAPPs 2024, optó por su propias recomendaciones. Considero que este Grupo Europeo de Cardiología realiza una interesante clasificación de la presión arterial en función de su riesgo vascular, más acorde con el espíritu que recoge el texto de Orozco-Beltrán et al. sobre no hablar de puntos de corte o umbrales sino de riesgo continuo de evento vascular. Insisten –y en eso se parecen más a las guías publicadas por Whelton et al.⁴– no tanto en la cifra diagnóstica de HTA como en el riesgo muy alto de pacientes que en las guías americanas sí son catalogados como HTA y en las europeas (ESH 2023) solo ocupan la categoría de presión arterial normal alta, pero que en el caso de pacientes con evento vascular ya presente, como por ejemplo la isquemia miocárdica por cardiopatía

isquémica, deben ser objeto de tratamiento farmacológico, aunque las cifras sean < 140/90 mmHg. La clasificación que McEvoy et al. proponen en solo 3 categorías continuas y excluyentes (presión arterial normal < 120/70 mmHg, presión arterial elevada > 120/70 mmHg y < 140/90 mmHg, hipertensión > 140/90 mmHg) engloba la filosofía del texto por ustedes publicado: la no existencia de riesgo «cero» por encima de 120/70 mmHg y la intención de tratar con medicamentos desde 130/80 mmHg según las guías AHA 2017.

No pretendo polemizar sobre utilizar puntos de corte más bajos para hacer el diagnóstico de HTA que llevaría seguramente a muchos sobrediagnósticos y sobretratamientos, sino insistir en que el riesgo vascular es continuo y existe. Y que la presencia de factores que lo acrecientan o un score muy elevado hace que nos decidamos a tratar desde el principio (diagnóstico precoz) con fármacos eficaces en combinación incluso en pacientes con cifras de presión arterial que hoy en día no son diagnósticas de HTA según ESH 2023.

Por último, me gustaría aportar una modesta contribución a las Guías ESH 2023 y su mapa de calor que incluye los riesgos vasculares según el evento vascular o renal. En la actualización de Orozco-Beltrán et al. para el mapa de calor han elegido las recomendaciones de las guías europeas 2023 que incluyen lesión en órgano diana, evento vascular establecido y enfermedad renal crónica estadio 3, 4 y 5 sin incluir la presencia de albuminuria. Para ello, siguiendo la definición de las guías KDIGO de enfermedad renal crónica tanto por alteración de la función y/o por daño orgánico, la albuminuria y en concreto el cociente albúmina-creatinina son por sí solos diagnóstico enfermedad renal crónica y factor de riesgo vascular independiente a partir de 30 mg/g⁵. Por lo que la tabla propuesta (tabla 1) introduce estadios G3a, G3b, G4 y G5 por disminución de filtrado a < 60, 45, 30, 15 ml/min/1,73 m², respectivamente, y estadios de albuminuria A2 y A3 > 30, 300 mg/g, respectivamente. También en esa tabla se incluye el momento de inicio del tratamiento farmacológico propuesto en su texto y el número de fármacos ideal incluidos en él.

Tabla 1 Tabla resumen del texto citado en PAPPs y ESH 2023

	HMOD EV ERC	Normal alta mmHg	Grado 1 mmHg	Grado 2 mmHg	Grado 3 mmHg
	Otros factores de riesgo	Sistólica 130-139 Diastólica 85-89	Sistólica 140-159 Diastólica 90-99	Sistólica 160-179 Diastólica 100-109	Sistólica ≥ 180 Diastólica ≥ 110
Estadio 1	Sin otros factores de riesgo	RIESGO BAJO	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO Modificar estilos de vida TERAPIA COMBINADA	RIESGO ALTO Modificar estilos de vida TERAPIA COMBINADA
		Modificar estilos de vida	Modificar estilos de vida		
	Uno o 2 factores de riesgo	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO MODERADO/ALTO Modificar estilos de vida TERAPIA COMBINADA	RIESGO ALTO Modificar estilos de vida TERAPIA COMBINADA
		Modificar estilos de vida	Modificar estilos de vida		
	Tres o más factores de riesgo	RIESGO BAJO/MODERADO	RIESGO MODERADO/ALTO Modificar estilos de vida	RIESGO ALTO Modificar estilos de vida TERAPIA COMBINADA	RIESGO ALTO Modificar estilos de vida TERAPIA COMBINADA
		Modificar estilos de vida			
Estadio 2	HMOD, ERC G3a, G3b, A2 o DM	RIESGO MODERADO/ALTO	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO	RIESGO MUY ALTO
		Modificar estilos de vida	Modificar estilos de vida MONOTERAPIA	Modificar estilos de vida TERAPIA COMBINADA	Modificar estilos de vida TERAPIA COMBINADA
Estadio 3	EV o ERC G4, G5, A3	RIESGO MUY ALTO	RIESGO MUY ALTO	RIESGO MUY ALTO	RIESGO MUY ALTO
		Modificar estilos de vida Tratamiento farmacológico MONOTERAPIA	Modificar estilos de vida MONOTERAPIA	Modificar estilos de vida TERAPIA COMBINADA	Modificar estilos de vida TERAPIA COMBINADA

Fuente: Orozco-Beltrán et al.¹ y Mancia et al.³.

Conflicto de intereses

El autor declara ausencia de conflictos de interés.

Bibliografía

- Orozco-Beltrán D, Brotons-Cuixart C, Banegas JR, Gil-Guillen VF, Cebrián-Cuenca AM, Martín-Rioboó E, et al. Recomendaciones preventivas vasculares. Actualización PAPPs 2024 [Cardiovascular preventive recommendations. PAPPs 2024 thematic updates]. Aten Primaria. 2024;56 Supl 1:103123, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103123>.
- McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al., ESC Scientific Document Group. 2024 ESC guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45:3912–4018, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>.
- Mancia G, Kreutz R, Brunström 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 [Internet]. 2023;41:1874–2071. <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000003480>

- Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018;71:e13–15, <http://dx.doi.org/10.1161/hyp.000000000000065>.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. Kidney Int. 2021;99(3S):S1–87, <http://dx.doi.org/10.1016/j.kint.2020.11.003>.

Miguel Angel María Tablado

GdT HTA semFYC, Centro de Salud Canillejas, Madrid, España

Correo electrónico: docencialosfresnos@hotmail.com