

Hipertensión

Actualización terapéutica según la guía europea 2023



Índice

1. Objetivos del tratamiento	3
2. Principales grupos terapéuticos.....	3
IECA y ARA-II	3
Antagonistas de los canales de calcio.....	4
Diuréticos	4
Bloqueantes β.....	4
3. Consejos prácticos.....	6
4. Pasos del tratamiento.....	7
Referencia	8

1. Objetivos del tratamiento

- **Pacientes de 18-64 años:** el objetivo es bajar la PA a $<130/80$ mmHg, si el tratamiento se tolera bien.
- **Pacientes de 65-79 años:** el objetivo primario es bajar la PA a $<140/80$ mmHg, aunque se puede valorar un objetivo de PAS <130 mmHg, si se tolera el tratamiento.
- **Pacientes de 65-79 años con hipertensión sistólica aislada y pacientes ≥ 80 años:** el objetivo primario es bajar la PAS a 140-150 mmHg, aunque se puede bajar a 130-139 mmHg si se tolera el tratamiento (con precaución si la PAD es <70 mmHg).

2. Principales grupos terapéuticos

Las **5 clases de fármacos** preferidas para el tratamiento de la hipertensión son los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II), los bloqueantes β , los antagonistas de los canales de calcio (ACC) y los diuréticos.

IECA y ARA-II

- Los IECA y los ARA-II tienen la misma eficacia antihipertensiva y efecto protector.
- El conocimiento sobre los IECA se basa en una mayor cantidad de datos de ensayos clínicos aleatorizados.
- Los IECA se asocian a tos en $\approx 5\%-10\%$ de los pacientes. Aumentan el riesgo de edema angioneurótico, un efecto adverso raro, más frecuente en personas de origen negroafricano.
- Los ARA-II tienen un perfil de seguridad más favorable que los IECA, con una tasa de efectos secundarios similar a placebo.
- No deben combinarse IECA y ARA-II.

Antagonistas de los canales de calcio

- Son particularmente efectivos en ancianos y en pacientes de origen africano.
- La mayoría de los ensayos clínicos aleatorizados que han mostrado beneficios se han hecho con ACC dihidropiridínicos (sobre todo, amlodipino).
- Los ACC no dihidropiridínicos (verapamilo y diltiazem) están contraindicados en la IC-FEr, debido a su pronunciado efecto inotrópico negativo, mientras que los dihidropiridínicos deben usarse con precaución.

Diuréticos

- Para tratar la HTA se usan las tiazidas y los análogos tiazídicos.
- Cuando la TFGe es <30 ml/min son menos efectivos, por lo que en estos pacientes, así como en los que tienen hipervolemia o retención de líquidos grave, deben usarse diuréticos del asa.
- El perfil de seguridad de estos fármacos es menos favorable que el de los antagonistas del sistema renina-angiotensina. Pueden reducir el potasio sérico y aumentar la resistencia a la insulina y el riesgo de diabetes de nueva aparición. La combinación con un diurético ahorrador de potasio puede atenuar estos efectos metabólicos.

Bloqueantes β

- Son especialmente útiles para tratar la HTA en situaciones específicas, como IC-FEr, síndromes coronarios agudos y crónicos, infarto de miocardio reciente, fibrilación auricular o mujeres que están o pueden quedarse embarazadas.
- Su perfil de efectos adversos es menos favorable que el de los antagonistas del sistema renina-angiotensina. Los que tienen mayor selectividad β_1 (nebivolol y bisoprolol) tienen menos efectos adversos que otros bloqueantes β .

Contraindicaciones y precauciones de uso de los principales antihipertensivos

Fármaco	Contraindicaciones	Uso con precaución
IECA	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Mujeres que planean quedarse embarazadas • Edema angioneurótico previo • Hiperpotasemia >5,5 mmol/l • Estenosis bilateral de las arterias renales o estenosis en monorreno (funcional) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres en edad fértil sin anticoncepción segura
ARA-II	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Mujeres que planean quedarse embarazadas • Hiperpotasemia >5,5 mmol/l • Estenosis bilateral de las arterias renales o estenosis en monorreno (funcional) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres en edad fértil sin anticoncepción segura
ACC (dihidropiridínicos)		<ul style="list-style-type: none"> • Taquiarritmia • IC-FEr, NYHA III-IV • Edema grave preexistente en las extremidades inferiores
ACC (verapamilo y diltiazem)	<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueo AV o sinoauricular de grado alto • FEVI <40 %, IC-FEr • Bradicardia <60 lpm • Tratamiento concomitante que pueda causar interacciones farmacológicas mediadas por P-gp o el citocromo CYP3A4 	<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento
Diuréticos (tiacidas y análogos)	<ul style="list-style-type: none"> • Hiponatremia • IRC provocada por uropatía obstructiva • Alergia a sulfonamidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gota • Intolerancia a la glucosa • Embarazo • Hipercalcemia • Hipopotasemia • Metástasis ósea en pacientes oncológicos
Bloqueantes β	<ul style="list-style-type: none"> • Asma grave • Bloqueo AV o sinoauricular de grado alto • Bradicardia <60 lpm 	<ul style="list-style-type: none"> • Asma • Intolerancia a la glucosa • Deportistas y pacientes físicamente activos

Los ARA-II se asocian a la tasa más baja de interrupción del tratamiento por eventos adversos, en comparación con todos los demás fármacos antihipertensivos.

3. Consejos prácticos

- Se recomienda iniciar el **tratamiento farmacológico de forma inmediata** y simultánea a las intervenciones higiénico-dietéticas en todos los pacientes con HTA, con independencia del RCV..
 - Se puede valorar iniciar el tratamiento **únicamente con intervenciones higiénico-dietéticas** solo en los pacientes con PA <150/95, sin daño orgánico inducido por HTA y con RCV bajo. Si la PA no se controla en 3-6 meses, se debe añadir tratamiento farmacológico.
- Empezar el tratamiento con **dos fármacos en la mayoría de los pacientes**.
 - Podría **empezarse con monoterapia** en casos concretos:
 - ▶ HTA de riesgo bajo y PA <150/95 mmHg.
 - ▶ PA normal-alta (130-139/85-89) y RCV muy alto.
 - ▶ Pacientes ancianos o frágiles.
- **Combinar los fármacos en un único comprimido desde el inicio** y en todos los pasos del tratamiento, siempre que sea posible.
- Tomar el tratamiento una vez al día, preferiblemente **por la mañana**.
- Evaluar la PA **una vez al mes** hasta que se alcancen los objetivos de control. Con la terapia dual, las cifras se reducen en 1-2 semanas y pueden seguir disminuyendo un poco más durante varias semanas. El objetivo es **controlar la PA en 3 meses**.
- En pacientes de bajo riesgo con la PA estable, una vez logrado el control, repetir la visita al año y después **anualmente**.

- En algunos pacientes de riesgo bajo cuya PA lleva controlada mucho tiempo, puede valorarse **reducir el tratamiento farmacológico**, sobre todo si se ha acompañado de cambios en los hábitos de vida, como perder peso. La reducción debe ser progresiva y el seguimiento, estrecho, ya que la reaparición de la HTA es frecuente y puede ocurrir en un tiempo variable, incluso después de varios meses.

4. Pasos del tratamiento

1

Empezar combinando dos medicamentos en la mayoría de los pacientes:

**IECA o ARA-II + ACC
o diurético**

**Aumentar a dosis
máximas si se tolera**

2

Añadir un tercer fármaco:

**IECA + ARA-II + ACC
+ diurético**

**Aumentar a dosis
máximas si se tolera**

3

Añadir otros fármacos (HTA resistente verdadera)

Valorar consultar con un especialista en HTA si todavía no se controla la PA

Notas

- Los **bloqueantes β pueden usarse en cualquier paso del tratamiento**, según las recomendaciones de las guías para situaciones específicas.
- Se considera HTA resistente verdadera cuando la PAS es ≥ 140 mmHg o la PAD es ≥ 90 mmHg, siempre que:
 - se hayan usado las dosis máximas recomendadas y toleradas de una combinación de 3 fármacos que incluya un IECA o ARA-II, un ACC y un diurético tiazídico / análogo tiazídico;
 - se haya confirmado el control de la PA mediante MAPA (o AMPA, si la MAPA no fuera viable);
 - se hayan excluido otras causas de HTA seudorresistente (especialmente falta de adherencia al tratamiento) e HTA secundaria.

Abreviaturas:

ACC: antagonistas de los canales del calcio; ARA-II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; HTA: hipertensión arterial; IC-FER: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; IRC: insuficiencia renal crónica; NYHA: New York Heart Association; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; TFGe: tasa de filtración glomerular estimada.

Referencia

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;41(12):1874-2071.

© 2024 - Almirall.

Material editado por [Kalispera medical writing S.L.](#) para Almirall.
Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o físico.

