

Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico de la Hipertensión Arterial

Las medidas generales y la terapia farmacológica son eficaces en la mayoría de los enfermos con hipertensión arterial. Algunos agentes antihipertensivos y ciertas combinaciones de drogas tienen indicaciones precisas.

Fuente: European Heart Journal 27-35, Jun 2013
Institución: European Society of Cardiology, European Society of Hypertension; Milán, Italia
Autores: Mancia R, Fragard R, Zannad F y colaboradores

Traducción textual: Normativas 2013 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ ESC) para el Abordaje de la Hipertensión Arterial
Título: 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

Estrategias de tratamiento de la hipertensión arterial

Medidas generales

Las modificaciones de los hábitos de vida representan un pilar esencial para lograr la reducción de las cifras de la presión arterial (PA). Sin embargo, nunca deben demorar el inicio del tratamiento farmacológico en los pacientes con riesgo cardiovascular alto. Si bien los estudios clínicos mostraron que los cambios favorables en el estilo de vida se asocian con una eficacia similar a la de la monoterapia, la adhesión prolongada a éstos suele ser complicada.

Las medidas generales retrasan o evitan la hipertensión arterial (HTA) en los sujetos normotensos, demoran el inicio de la terapia farmacológica en los pacientes con HTA de grado 1 y acentúan los efectos de los fármacos, en los enfermos con HTA. Además, ayudan a corregir otros factores de riesgo cardiovascular.

Los estudios han demostrado una relación directa entre el consumo de sal y las cifras de PA; el consumo excesivo de sal participa en la hipertensión resistente al tratamiento. La ingesta habitual de sal es de 9 a 12 g/día; sin embargo, según las recomendaciones vigentes, en la población general no debería superar los 5 a 6 g diarios. Los efectos favorables asociados con la restricción de sal son más importantes en los sujetos de raza negra, en las personas de edad avanzada y en los pacientes con diabetes, síndrome metabólico o enfermedad renal crónica (ERC). En los enfermos hipertensos, la reducción del consumo de sal permite reducir las dosis de los fármacos.

El consumo de alcohol no debería superar los 20 a 30 g de etanol por día en los hombres y los 10 a 20 g diarios de etanol en las mujeres. La dieta debería incluir cantidades apropiadas de frutas y verduras, derivados lácteos descremados y pescado (al menos dos veces por semana). En cambio, se debe reducir el consumo de grasas de origen animal.

El índice de masa corporal (IMC) debería ser cercano a los 25 kg/m², en tanto que la circunferencia de la cintura no debería superar los 102 cm en los hombres y los 88 cm en las mujeres. Se recomienda el ejercicio aeróbico moderado regular, al menos 30 minutos por día, 5 a 7 veces por semana. Todos los sujetos fumadores deben ser alentados a dejar de fumar. Este objetivo puede facilitarse mediante estrategias farmacológicas, entre ellas la terapia de reemplazo de nicotina, el bupropión y la vareniclina. Recientemente, sin embargo, surgió preocupación por el perfil de seguridad de esta última droga.

Tratamiento farmacológico

Los principales metanálisis no mostraron diferencias sustanciales en la eficacia antihipertensiva de los distintos fármacos. Por lo tanto, las recomendaciones presentes confirman la utilidad de los diuréticos, los betabloqueadores (BB), los antagonistas del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA).

Betabloqueadores

Un metanálisis Cochrane sugirió que los BB serían menos eficaces en comparación con algunos fármacos antihipertensivos, pero no otros. Específicamente, los BB serían menos útiles que los antagonistas del calcio (no así los diuréticos o los bloqueadores del sistema renina-angiotensina [SRA]) en términos de la mortalidad por cualquier causa y los eventos cardiovasculares; menos útiles que los antagonistas del calcio y los bloqueadores del SRA para la prevención del evento vascular cerebral (EVC), pero igual de útiles que los antagonistas del calcio, los bloqueadores del SRA y los diuréticos en los pacientes con enfermedad coronaria. Por otra parte, un amplio metanálisis reciente reveló que los BB son igual de eficaces respecto de otros fármacos en la prevención de eventos coronarios y muy útiles para evitar eventos cardiovasculares en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) reciente o insuficiencia cardíaca (IC). En cambio, se asociarían con más efectos adversos y serían menos beneficiosos, en comparación con los bloqueadores del SRA y los antagonistas del calcio para la regresión de la hipertrofia del ventrículo izquierdo y del remodelado vascular. Los BB tienden a incrementar el peso corporal y, cuando se los utiliza en combinación con diuréticos, aumentan el riesgo de aparición de diabetes, en las personas predispuestas. Sin embargo, las limitaciones sugeridas para los BB no serían aplicables a los agentes con propiedades vasodilatadores, como celiprolol, carvedilol y nebivolol.

Diuréticos

Los diuréticos representan la opción de primera línea para el tratamiento de la HTA desde hace años. En el estudio *Avoiding Cardiovascular Events in Combination Therapy in Patients Living with Systolic Hypertension* (ACCOMPLISH), la combinación de diuréticos con IECA fue menos eficaz que el uso del mismo IECA más antagonistas del calcio en términos de la reducción de la incidencia de eventos cardiovasculares.

No obstante, debido a que estos hallazgos no fueron confirmados por ningún otro grupo, la información señalada no sería suficiente para introducir cambios en relación con las indicaciones de los diuréticos.

Ningún indicio avala que algún diurético sea más eficaz que otro. La espironolactona sería particularmente útil en los enfermos con insuficiencia cardíaca; la eplerenona es una alternativa.

Antagonistas del calcio

Algunos metanálisis han sugerido que los antagonistas del calcio serían especialmente beneficiosos para evitar el EVC; en cambio, la inferioridad de los antagonistas del calcio respecto de los diuréticos, los BB o los IECA en la prevención de la insuficiencia cardíaca sigue siendo tema de debate.

Bloqueadores del SRA

Los IECA y los BRA representan los fármacos antihipertensivos más utilizados; algunos metanálisis, sin embargo, sugirieron que los IECA serían menos eficaces que otros agentes en la prevención del EVC y que los BRA serían menos útiles que los IECA para evitar el IAM y la mortalidad por cualquier causa. En el *Ongoing Telmisartan Alone and in Combination with Ramipril Global Endpoint Trial* (ONTARGET), no obstante, el telmisartán no fue menos eficaz respecto del ramipril en términos de los eventos cardíacos mayores, del EVC y de la mortalidad por cualquier causa. Igualmente, la incidencia de diabetes de reciente diagnóstico no difirió entre los dos grupos de tratamiento. Tampoco se ha confirmado que los BRA aumenten el riesgo de cáncer.

Inhibidores de la renina

El aliskiren se utiliza como monoterapia o en combinación con diuréticos tiazídicos, otros bloqueadores del SRA o antagonistas del calcio. El uso prolongado de este fármaco se asoció con efectos favorables en términos de la excreción urinaria de proteínas y de los biomarcadores de insuficiencia cardíaca (péptido natriurético tipo B).

Sin embargo, el estudio *Aliskiren Trial in Type 2 Diabetes Using Cardio-renal Endpoints* (ALTITUDE) se interrumpió prematuramente al demostrarse una mayor incidencia de eventos adversos, complicaciones renales, hiperpotasemia e hipotensión arterial.

Si bien se considera que todos los agentes antihipertensivos son igual de eficaces en términos de la reducción de la PA,

todos ellos se asocian con efectos adversos particulares y con indicaciones preferenciales en ciertas situaciones clínicas.

Ventajas y desventajas de la monoterapia y de los tratamientos combinados

La monoterapia es eficaz sólo en una minoría de enfermos hipertensos; la mayoría requiere el uso combinado de dos o más agentes antihipertensivos. Un metanálisis de más de 40 estudios confirmó que la terapia combinada se asocia con reducciones más importantes de la PA, en comparación con el aumento de la dosis de uno de los agentes. Además, el tratamiento combinado se asocia con efectos rápidos y, por lo tanto, con riesgo más bajo de falta de adhesión. En un estudio reciente, la probabilidad de interrupción del tratamiento fue más baja en los enfermos asignados al tratamiento combinado, en comparación con los sujetos que recibieron monoterapia. Por su parte, el uso de dos o más fármacos con mecanismos de acción distintos se asocia con ventajas clínicas y con menor incidencia de efectos adversos.

Las combinaciones farmacológicas más usadas consisten en BB y diuréticos; BRA más diuréticos, IECA más diuréticos, IECA más antagonistas del calcio, antagonistas del calcio más BB y antagonistas del calcio más diuréticos. En cambio, la combinación de dos bloqueadores del SRA es la única que no está recomendada. De hecho, en el ONTARGET, el uso de un IECA más un BRA se asoció con mayor riesgo de eventos adversos renales, por ejemplo insuficiencia renal en estadio terminal (ERET). Igualmente, el ALTITUDE, llevado a cabo con pacientes diabéticos se interrumpió en forma prematura al comprobarse un exceso de ERET y de EVC en los enfermos en quienes se agregó aliskiren al tratamiento basal con IECA o BRA.

Las recomendaciones de 2013 de la ESH/ESC favorecen el uso de combinaciones de dos drogas en dosis fijas en el mismo comprimido, ya que de esta forma mejora la adhesión al tratamiento y, por lo tanto, el control de la HTA. La disponibilidad de combinaciones con distintas dosis de los mismos agentes ha facilitado sustancialmente el abordaje en la práctica diaria, ya que de esta forma es posible aumentar únicamente la dosis de uno de los componentes. Más aun, la introducción de preparados con agentes antihipertensivos, estatinas y aspirina en dosis bajas representó un avance considerable para el abordaje de los enfermos con HTA y otros factores de riesgo cardiovascular.