

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Autor: Dr. Jonathan Troncoso R, Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora M, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Resumen portada

La hipertensión arterial (HTA) es un importante problema de salud pública con una prevalencia del 27,6% de los adultos en Chile. En el siguiente artículo revisaremos la importancia de tratar la HTA junto con la evidencia detrás de la elección de fármaco de primera línea.

12 de junio de 2018

Palabras claves: *Hipertensión arterial, Atención Primaria, Medicina Familiar.*

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Autor: Dr. Jonathan Troncoso R, Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora M, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) se ha constituido en un importante problema de salud pública. Un 27,6 % de la población chilena mayor a 15 años presenta HTA (1), considerándose el principal factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular y enfermedad coronaria (2) y atribuyéndose a la HTA 1 de cada 7 muertes en Chile (3).

Reducir la presión arterial se ha relacionado con una disminución de la mortalidad y de eventos cardiovasculares. Una revisión sistemática de 123 estudios (613.815 pacientes) mostró que reducir en 10 mmHg la presión arterial sistólica disminuye significativamente los eventos cardiovasculares totales (riesgo relativo [RR] 0,8 IC 95% 0.77 - 0.83), la enfermedad arterial coronaria (RR 0.83, 0.78 - 0.88), el accidente cerebrovascular (RR 0.73, 0.68 - 0.77), la falla cardíaca (RR 0.72, 0.67 - 0.78) y la mortalidad por todas las causas (RR 0.87, 0.84 - 0.91) (4).

De esta manera nuestro objetivo de otorgar tratamiento a los pacientes con HTA es reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad cardiovascular. Esto a través del control de todos los factores de riesgo cardiovascular (RCV) modificables identificados y a una selección apropiada de fármacos antihipertensivos con metas diferenciadas de acuerdo a la clasificación de RCV individual (5).

¿Cuándo iniciar tratamiento farmacológico?

En la literatura internacional existen múltiples guías de práctica clínica (GPC). Entre ellas, las más utilizadas son de los grupos de trabajo: *Eighth Joint National Committee* (JNC 8), *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) y *European Society of Hypertension/The European Society of Cardiology* (ESH/ESC). En el caso de nuestro país la GPC más utilizada es la GES.

A modo general existen 3 indicaciones de inicio de tratamiento farmacológico:

1. Cuando tras 3 meses de cambios en estilo de vida en un paciente con HTA etapa 1 y RCV bajo no se logra la meta de presión arterial (PA) objetivo (5).
2. En todo paciente con HTA etapa 2 y 3.
3. En todo paciente con RCV alto independiente de la etapa de la HTA.

Por otra parte, la JNC 8 recomienda el inicio de fármacos antihipertensivos en personas mayores de 60 años si la PA es $\geq 150/90$ mmHg y en menores de 60 años si la PA es $\geq 140/90$ mmHg.

¿Cómo elegir el fármaco de primera línea?

Si se excluye a la población afrodescendiente, en la población general, incluyendo a los diabéticos, el tratamiento inicial debe incluir un diurético tipo tiazida, un bloqueador de los canales de calcio (BCC), un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II) (5–7).

En afrodescendiente, incluyendo a aquellos que tienen diabetes, el tratamiento antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tipo tiazida o un bloqueador de los canales de calcio (6,8).

Por otro lado, la GPC NICE 2011 recomienda en pacientes hipertensos menores de 55 años con RCV bajo o moderado iniciar el tratamiento farmacológico con IECA o ARA II, mientras que en aquellos mayores de 55 años con RCV bajo o moderado, iniciar el tratamiento farmacológico con calcioantagonistas o diuréticos (9). Los bloqueadores β fueron inferiores a otros fármacos para la prevención de eventos importantes de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal, por los que esta GPC ya no los considera como opción de primera línea en menores de 55 años.

¿Cuál es la efectividad de las distintas familias de fármacos antihipertensivos?

Una reciente revisión sistemática (10) buscó cuantificar los efectos de mortalidad y morbilidad de diferentes clases de fármacos antihipertensivos de primera línea: tiazidas, BCC, IECA y ARAII en comparación al placebo o ningún tratamiento.

La revisión incluyó 24 ensayos clínicos randomizados con pacientes adultos con HTA etapa 2 y 3 de al menos 1 año de duración (n= 58.040 pacientes). Concluyó, con una alta calidad de la evidencia, que las tiazidas a dosis bajas disminuyen significativamente la mortalidad total (riesgo relativo [RR] 0.89 IC 95% 0.82 - 0.97), el ACV (RR 0.68, 0.60 - 0.77), la enfermedad coronaria (RR 0.72, 0.61 - 0.84) y los eventos cardiovasculares (RR 0.70, 0.64 - 0.76) frente a placebo.

Además los IECA probablemente reducen la mortalidad total, los eventos cardiovasculares totales y la enfermedad coronaria. Mientras que los betabloqueadores y calcioantagonistas podrían reducir los ACV y eventos cardiovasculares totales.

Individualizando la terapia

Sin embargo, las recomendaciones de las GPC y el tratamiento farmacológico de primera línea se deben individualizar considerando las comorbilidades de los pacientes, sus valores y preferencias (11).

Algunas de estas consideraciones para la individualización de la terapia se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Algunas consideraciones para la individualización de la terapia farmacológica en HTA

Fuente	Recomendación
GES	En hipertensos con daño orgánico, condición clínica asociada o comorbilidad, elegir el fármaco de inicio de la terapia de acuerdo a sus beneficios específicos.
JNC 8	> 18 años con ERC+ HTA, el tratamiento antihipertensivo inicial (o agregado) debe incluir un IECA o un ARA para mejorar los eventos renales.

GES	En hipertensos con mayor riesgo de desarrollar diabetes, evitar el uso de β bloqueadores clásicos, especialmente en combinación con diuréticos tiazídicos. Preferir betabloqueadores con acción alfa bloqueadora
GES	Los β bloqueadores son de primera elección en hipertensos con algunas condiciones especiales tales como angina e IAM
ESH/ESC	En ancianos hipertensos se recomienda el tratamiento farmacológico cuando la PAS sea \geq 160 mmHg
ESH/ESC	Se puede considerar el tratamiento farmacológico antihipertensivo en ancianos (al menos los de menos de 80 años) si la PAS es de 140- 159 mmHg, siempre que el tratamiento sea bien tolerado

Conclusiones

La HTA es un importante problema de salud pública que afecta al 27,6% de la población mayor de 15 años. Disminuir 10 mmHg la PA disminuye significativamente los eventos cardiovasculares mayores, la enfermedad arterial coronaria, el accidente cerebrovascular, la falla cardiaca y la mortalidad por todas las causas.

El tratamiento farmacológico se plantea en: 1) pacientes con RCV bajo si tras 3 meses de cambios de estilos de vida no logro meta de presión arterial objetivo; 2) en aquellos pacientes HTA de grado 2 y 3 con cualquier nivel de riesgo, y 3) cuando el RCV sea alto debido a daño de órgano blanco, enfermedad cardiovascular o enfermedad renal crónica, incluso cuando la HTA sea de grado 1.

En este grupo de pacientes el tratamiento inicial debe incluir como primera línea un diurético tipo tiazida, un bloqueador de los canales de calcio, un IECA o ARA II.

Referencias

1. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 - primeros resultados [Internet]. Santiago de Chile; 2017. Available from: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
2. Lawes CMM, Vander Hoorn S, Rodgers A, International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet* (London, England) [Internet]. Elsevier; 2008 May 3 [cited 2018 Aug 21];371(9623):1513–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18456100>
3. Ministerio de Salud G de C. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago de Chile; 2007.
4. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* (London, England) [Internet]. Elsevier; 2016 Mar 5 [cited 2018 May 28];387(10022):957–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26724178>
5. Ministerio de Salud G de C. Guía clínica hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. 2010.
6. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. *Jama* [Internet]. 2014;311(5):507. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2013.284427>
7. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* [Internet]. Journal of Hypertension; 2013 Jul 1 [cited 2018 Mar 11];31(7):1281–357. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817082>

8. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group TAO and C for the AC. Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patients Randomized to Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA J Am Med Assoc [Internet]. American Medical Association; 2002 Dec 18 [cited 2018 Jun 10];288(23):2981–97. Available from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/doi/10.1001/jama.288.23.2981>
9. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical management of primary hypertension in adults - NICE clinical guideline 127. 2011;(August). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/resources/guidance-hypertension-pdf>
10. Jm W, Vm M, Gill R. First-line drugs for hypertension (Review). 2018;(4).
11. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, McBrien K, et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. Can J Cardiol. 2018;34(5):506–25.