

Actualización en el tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA).

Dr. Alberto Velázquez

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Para el tratamiento farmacológico de la HTA, las guías actuales sugieren drogas de primera línea basando su recomendación en estudios que evalúan eventos cardiovasculares; tanto la guía europea de Cardiología (ESC-ESH) como la americana (ACC-AHA) recomiendan como agentes de primera línea algunos de los siguientes

- Inhibidores de la ECA,
- ARA II,
- bloqueantes de los canales de calcio y
- tiazidas o diuréticos similares a las tiazidas.

Cabe recordar que la terapia farmacológica siempre debe ir acompañada de educación no farmacológica y refuerzo en las visitas de seguimiento.

Además, aunque las modificaciones del estilo de vida pueden retrasar la hipertensión o permitir que los pacientes alcancen sus objetivos de presión arterial, el inicio de la terapia farmacológica de primera línea no debe retrasarse en pacientes con el diagnóstico de hipertensión.

Tanto la guía 2020 ISH (sociedad internacional de hipertensión) como la guía NICE (Instituto nacional de excelencia británico) en 2019 proporcionan algoritmos escalonados para el manejo del tratamiento antihipertensivo.

Recomendaciones de las guías para el inicio de la terapia

GUIA NICE	
Pacientes con HTA y DBT menores de 55 años y que no sean afrodescendientes	
Paso 1	IECA
Paso 2	IECA más Bloqueante cálcico o Diurético
Pacientes con HTA y ≥ 55 años o afrodescendientes	
Paso 1	Bloqueante cálcico
Paso 2	Bloqueante cálcico más IECA o Diurético
Sociedad Europea de Cardiología - Sociedad Europea de Hipertensión	

Paso 1	IECA más Bloqueante cálcico o Diurético
Paso 2	IECA más Bloqueante cálcico más Diurético
Sociedad Internacional de Hipertensión	
Paso 1	IECA más Bloqueante cálcico (dosis baja)
Paso 2	IECA más Bloqueante cálcico (dosis completa)
Paso 3	IECA más Bloqueante cálcico más Diurético
Colegio Americano de Cardiología – Asociación Americana del Corazón	
Paso 1	IECA o Bloqueante cálcico o Diurético. Terapia dual inicial para pacientes con hipertensión en etapa 2 y presión arterial $\geq 20 / 10$ mm Hg por encima del objetivo.

Resumen de los ítems importantes de las diferentes guías:

Sólo la guía ESC-ESH recomienda los β bloqueantes como tratamiento de primera línea en el contexto de una comorbilidad apremiante.

Las pautas del NICE recomiendan el inicio con un solo agente para la mayoría de los pacientes.

Los autores proporcionan el fundamento de que no hay evidencia nueva o convincente para recomendar la terapia dual por adelantado en la mayoría de los casos.

Por el contrario, la guía ESC-ESH recomienda la terapia dual inicial porque es menos probable que los pacientes alcancen los objetivos de presión arterial con monoterapia y es probable que se beneficien con enfoques farmacológicos multimodales.

Las entidades que redactan las pautas todavía están divididas entre las tiazidas y los diuréticos similares a las tiazidas para el tratamiento de la hipertensión.

Las guías actuales de NICE e ISH recomiendan el inicio de diuréticos similares a tiazidas (p. Ej., Indapamida o clortalidona) en lugar de diuréticos tiazídicos (p. Ej., Hidroclorotiazida), y la guía de ACC-AHA señalan su preferencia por la clortalidona.

Por el contrario, la guía de la ESC-ESH establece que los diuréticos tiazídicos o similares son razonables para el control de la presión arterial. Un estudio de cohortes multicéntrico que comparó clortalidona con hidroclorotiazida no encontró diferencias entre los dos grupos de tratamiento con respecto a los resultados cardiovasculares (p. ej., IAM, internaciones por insuficiencia cardíaca o ACV); sin embargo, hubo más efectos adversos, incluidas anomalías electrolíticas, síncope e insuficiencia renal aguda, en pacientes que tomaban clortalidona.

La terapia combinada en una sola píldora, es una forma de disminuir la carga de píldoras y mejorar la adherencia del paciente.

La terapia cuádruple (es decir, cuatro medicamentos antihipertensivos en uno) se evaluó en el ensayo Quadpill. Este ensayo evaluó un cuarto de dosis de cuatro medicamentos (irbesartán, amlodipina, hidroclorotiazida y atenolol) en una sola píldora versus placebo en pacientes con hipertensión, y encontró una mayor reducción de la presión arterial en el grupo que recibió una combinación de píldora única a las 4 semanas, aunque el tamaño de la muestra fue pequeño y aún se necesita una evaluación de los resultados cardiovasculares, estos resultados son prometedores y destacan la eficacia de un enfoque de agentes multimodales para el tratamiento de la hipertensión. No obstante, se debe sopesar cuidadosamente el potencial de efectos adversos con un polícomprimido (p. ej., Mareos o hipotensión en pacientes sensibles), especialmente en pacientes mayores o en pacientes propensos a caídas.

Los pacientes afrodescendientes tienen una mayor prevalencia de hipertensión y es más probable que tengan peores resultados cardiovasculares asociados con la afección. Los IECA o ARA II son menos efectivos para controlar la presión arterial en ellos que la monoterapia con agentes como tiazidas o diuréticos similares a tiazidas y bloqueantes cálcicos.

La hipertensión resistente

Se define como un control inadecuado de la presión arterial con adherencia a tres agentes antihipertensivos (bloqueantes cálcicos, IECA o ARA II, o tiazidas o diuréticos similares a tiazidas) a las dosis máximas toleradas.

Las opciones para el tratamiento complementario incluyen antagonistas de los receptores de mineralocorticoides, β bloqueantes y bloqueantes α 1.

Un metanálisis encontró que los antagonistas de los receptores de mineralocorticoides son la terapia complementaria más eficaz para la hipertensión resistente.

La espironolactona debe considerarse como un fármaco de cuarta línea para la hipertensión en ausencia de contraindicaciones.

Retiro o reducción de fármacos para HTA.

Puede haber casos en los que se pueda considerar reducir la dosis de un medicamento o incluso suspenderlo por completo en pacientes con presiones sanguíneas por debajo del objetivo óptimo, o en el caso de eventos adversos.

Una revisión sistemática encontró que factores como la monoterapia y la disminución de la presión arterial antes de la abstinencia eran predictores del éxito con respecto al control de la presión arterial.

Se encontró que la presión arterial de aproximadamente el 40% de los pacientes todavía estaba controlada 1 año después de la retirada de la medicación.

Independientemente del motivo por el que se reduzca la dosis de los medicamentos o se suspendan, el seguimiento y la monitorización continuos para detectar el regreso de la hipertensión son primordiales. Además, debe evitarse la suspensión brusca de medicamentos, en particular β bloqueantes o clonidina, debido al riesgo de efectos nocivos.

Se necesita más investigación para identificar a los pacientes ideales para quienes considerar la abstinencia y para evaluar los resultados a largo plazo.

Grupos especiales para decisión de tratamiento farmacológico

Una publicación de 2020 que evaluó longitudinalmente las diferencias de presión arterial entre sexos encontró que las mujeres tenían un aumento más precipitado de la presión arterial que los hombres, a partir de la edad adulta temprana.

Estos resultados justifican una mayor exploración; sin embargo, aún no han dado lugar a cambios en el manejo de la hipertensión entre sexos.

En general, se debe considerar el manejo específico en mujeres embarazadas.

Los IECA, los ARA II y los inhibidores directos de la renina están contraindicados debido al riesgo de lesión fetal y muerte.

Los agentes apropiados para el tratamiento de la hipertensión incluyen α metildopa, labetalol o nifedipina.

A pesar de que las mujeres de 65 años o más tienen más probabilidades de tener presión arterial más alta más adelante en la vida que los hombres, actualmente no hay distinción en el manejo farmacológico entre los dos sexos.

Es bien sabido que la prevalencia de la hipertensión aumenta con la edad.

Se encontró que más del 50% de los pacientes con hipertensión de 80 años o más en los EE. UU. Tienen hipertensión no controlada.

La presión arterial elevada se ha asociado con resultados cardiovasculares deficientes en pacientes mayores, sin embargo, continúan surgiendo preguntas sobre cuánto disminuir la PAS en esta población. En un análisis de subgrupos del ensayo SPRINT, se encontró que los pacientes de 75 años o más se beneficiaron más del tratamiento intensivo de la presión arterial (PAS <120 mm Hg) que del tratamiento estándar (PAS <140 mm Hg). Las pautas actuales recomiendan que los médicos trabajen con los pacientes para alcanzar los objetivos de presión arterial en pacientes de 65 años o más, dado que los datos indican beneficios del control de la presión arterial en este grupo de edad. Las decisiones para el tratamiento antihipertensivo deben abarcar todo, no basarse únicamente en la edad, y tener en cuenta consideraciones como las comorbilidades del paciente, otros medicamentos que pueden afectar la presión arterial y el nivel de fragilidad.

Aunque no están aprobados para la hipertensión, se ha descubierto que los inhibidores de SGLT2 disminuyen la PAS en alrededor de 4 mm Hg. Se cree que el mecanismo de esta reducción es

secundario a la inhibición de la recaptación de sodio y la posterior excreción de sodio. Este efecto de los inhibidores de SGLT2 es algo a considerar cuando se maneja a pacientes con diabetes e hipertensión; aunque no es un agente antihipertensivo, sus efectos antihipertensivos podrían permitir la maximización del control de la presión arterial junto con el control de la diabetes.

Tratamiento basado en dispositivos

Han surgido varias terapias basadas en dispositivos, como la denervación renal, la estimulación del barorreceptor carotídeo, la creación de una fístula arteriovenosa o la modificación del cuerpo carotídeo endovascular, y se dirigen principalmente al tratamiento de la hipertensión resistente o difícil de tratar.

La denervación renal es la modalidad de tratamiento con más datos disponibles hasta la fecha.

El principio de esta terapia es eliminar los nervios simpáticos alrededor de la arteria renal, lo que da como resultado una actividad nerviosa simpática eferente y aferente renal más baja y, en última instancia, una presión arterial más baja.

Los primeros resultados de la denervación renal se obtuvieron con dispositivos que utilizaron aplicación de radiofrecuencia en el SYMPLICITY HTN-1 de etiqueta abierta y SIMPLICITY HTN-2 ensayos, junto con varias series de casos y estudios observacionales. A pesar de mostrar seguridad, el SYMPLICITY HTN-3

El ensayo no pudo demostrar la eficacia de la denervación renal con un catéter de radiofrecuencia sobre el tratamiento simulado en pacientes con hipertensión severa resistente con múltiples medicamentos. Sin embargo, los análisis post-hoc del ensayo SYMPLICITY HTN-3 subrayaron importantes limitaciones del ensayo a considerar, incluida la selección de pacientes del ensayo, las diferencias en la adherencia a los medicamentos antihipertensivos entre los grupos de tratamiento, un mayor uso de fármacos antihipertensivos en el grupo simulado y el fracaso técnico en la realización de denervación renal en el grupo de intervención (p. ej., número insuficiente de ablaciones, ablación en la parte distal de la arteria y limitada a la arteria renal principal, y realización por primera vez de denervación renal para algunos operadores). Estas limitaciones llevaron a una revisión de la tecnología y la técnica de denervación renal.

Varios ensayos mostraron reducciones significativas y consistentes de la presión arterial (tanto en el consultorio como en pacientes ambulatorios) en pacientes con y sin uso concomitante de antihipertensivos. El ensayo SPYRAL HTN-OFF MED mostró que la denervación renal con catéter es superior a un procedimiento simulado, y que la intervención reduce de forma segura la presión arterial en ausencia de medicamentos antihipertensivos. Los posibles indicadores de respuesta a la terapia de denervación renal se pueden dividir en pacientes con mayor rigidez arterial y aquellos con mayor actividad neurogénica.

La consideración de estos factores y el uso de las técnicas revisadas mejorarán considerablemente los estudios futuros y, en última instancia, ampliarán nuestro conocimiento sobre la denervación renal. Los datos que muestran la eficacia de la denervación renal para la hipertensión en pacientes sin terapia farmacológica llevaron a una discusión sobre el tratamiento con dispositivos de la hipertensión como un área posible de un enfoque de toma de decisiones compartido.

Hay menos evidencia disponible sobre el efecto de la estimulación del barorreceptor carotídeo y la modificación del cuerpo carotídeo endovascular.

Plazos de tratamiento y seguimiento

Se puede distinguir una escala de tiempo a corto, mediano y largo plazo en el curso de tratamiento.

Un diagnóstico oportuno, que solo puede obtenerse mediante mediciones periódicas de la presión arterial a lo largo de la vida de una persona, es fundamental en el tratamiento de la hipertensión. Además, el inicio oportuno de la terapia es esencial.

Desafortunadamente, un problema importante para mejorar el control de la presión arterial en toda la población es la inercia terapéutica, que incluye la imposibilidad de iniciar o intensificar la terapia antihipertensiva, a pesar de no tener la presión arterial bajo control. En consecuencia, este enigma puede conducir a años adicionales de exposición a la presión arterial alta.

Cuando se toma la decisión de iniciar un tratamiento antihipertensivo, el paciente debe tener un seguimiento programado regularmente en la fase inicial que continúe hasta que la presión arterial esté controlada con un tratamiento estable.

Adherencia al tratamiento

A pesar de tanta evidencia sobre eficacia farmacológica el principal problema sigue siendo la falta de adherencia.

Otra preocupación importante en el tratamiento fallido es la falta de adherencia. Este problema común y persistente debe abordarse desde el inicio del tratamiento y a lo largo de su curso. Desde el principio, es importante asesorar ampliamente al paciente y a su sistema de apoyo sobre el razonamiento clínico del tratamiento y el riesgo a largo plazo de hipertensión arterial.

Compartir la responsabilidad de la salud cardiovascular de un paciente es fundamental para mejorar la inversión del paciente en su salud, dieta, estilo de vida y cumplimiento de la medicación.

Además, la obtención de objetivos de presión arterial a corto plazo reforzará la confianza en su tratamiento y promueve el control persistente de la presión arterial para aumentar la probabilidad de beneficio cardiovascular.

Los regímenes de tratamiento simplificados y personalizados (por ejemplo, teniendo en cuenta los costos, el uso de combinaciones de píldoras únicas, etc.) serán de gran importancia para el éxito del tratamiento especialmente porque el mayor desafío más allá del manejo a corto plazo de la hipertensión es mantener la adherencia al tratamiento. La no adherencia es particularmente frecuente en pacientes con hipertensión aparentemente resistente y contribuye a un mal pronóstico cardiovascular. El seguimiento de la adherencia debe realizarse de forma rutinaria mediante una comunicación abierta y no acusatoria entre el médico y el paciente, para ayudar a

esta estrategia se han desarrollado métodos indirectos (p. ej., recuento de píldoras, seguimiento de reabastecimiento de recetas y autoinformes) y métodos directos (p. ej., Detección de fármacos o sus metabolitos en orina o plasma).

Es necesario realizar un esfuerzo continuo entre los pacientes y su equipo de atención médica para mantener, mejorar y recuperar la adherencia al tratamiento. La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que requiere un seguimiento regular a largo plazo.

El manejo es un tema multidisciplinario que debe involucrar al médico de atención primaria, al hipertenso, a la familia.

Referencias:

Seminario sobre HTA del Lancet 2021-07-17, Volumen 398, Número 10296, Páginas 249-261

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00221-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00221-X)