

Evidencia que soporta el uso de la terapia combinada en el tratamiento de la hipertensión arterial

Dra. Liliana Chaves Brenes

Médico Cardiólogo Clínica San Fernando.

Tel (506)2237-6442.

Editora en jefe Revista Costarricense de Cardiología.

Autor de correspondencia: lchavesb@ice.co.cr

Recibido 26-IV-2013. Aceptado 20-VII-2013

ABSTRACT

With the current knowledge of hypertension, the understanding of the pathophysiological mechanisms of hypertension has advanced, where the main actors are the renin angiotensin aldosterone system and the sympathetic system. However, we are still far from understanding the complex interplay of these compensatory mechanisms and the behavior of blood pressure. Today we know from various studies of hypertension, that 60 to 80% of the patients will require combined therapy for an adequate control of blood pressure numbers.

Palabras claves: hipertensión, terapia antihipertensiva combinada.

Con los conocimientos actuales de la hipertensión arterial hemos avanzado en el entendimiento de los diferentes mecanismos fisiopatológicos de la hipertensión arterial, donde los principales actores son el sistema renina angiotensina aldosterona y el sistema simpático. Pero, todavía estamos lejos de entender la compleja interrelación de estos y los mecanismos compensatorios en el comportamiento de la presión arterial. Hoy sabemos por los diferentes estudios de hipertensión arterial, que entre el 60 al 80% de los pacientes va a requerir una terapia combinada para el adecuado control de las cifras de la presión arterial, para la cual hace falta mucha educación en el paciente para que cumpla con una adecuada prescripción del tratamiento. Y se necesita que los médicos hagamos una intervención médica oportuna para modificar el tratamiento antihipertensivo del paciente y llevarlo a los rangos ideales de un adecuado control de la presión arterial. No es aceptable en la actualidad que el médico mantenga al paciente hipertenso, sin una intervención terapéutica adecuada, hoy en día existe un enorme arsenal terapéutico con la posibilidad de prescripciones de terapias combinadas que facilitan el cumplimiento del paciente y la efectividad en la protección.

Hay evidencia científica de que cuanto más bajo son los niveles de la presión arterial mejor es la evolución de los pacientes. Asimismo, el hecho de reducir unos pocos milímetros de mercurio de la presión arterial del paciente va a tener un enorme impacto en la reducción de los eventos coronarios. La rapidez con que los médicos logremos llevar al paciente a las cifras de presión ideal de 130mmHg de presión sistólica y noventa de presión diastólica mejorará el pronóstico del paciente en el largo plazo. En la mayoría de los pacientes se va a requerir el uso de terapias combinadas. (5)

El estudio *Invest* encontró que con un adecuado control de la presión arterial se redujo un 40 % el riesgo de muerte, infarto del

miocardio no fatal y ictus no fatal y del 50 % de incidencia de enfermedad cerebro vascular. (1). El estudio del Dr Hyman de 1200 médicos norteamericanos de atención primaria demostró que solo el 43 % iniciaba terapia antihipertensiva cuando las cifras de la PAS era mayor a 160 mmHg y el 33 % cuando la PAD era mayor de 95mmHg. (2)

Existen diferentes estudios donde se evalúa el adecuado control de la presión arterial por ejemplo en España se tiene alrededor de un 20 % de población hipertensa y tanto en España como en el resto de Europa tampoco existe un adecuado seguimiento del paciente hipertenso. (3) El problema también existe en que los pacientes no cumplen adecuadamente las prescripciones médicas, por falta de educación médica de parte del personal de salud.

La evidencia a favor de la terapia combinada inició con las guías Europeas, en el 2003, donde recomiendan su uso como tratamiento inicial en aquellos pacientes cuya presión inicial es alta o pacientes de alto riesgo cardiovascular.(4)

Para alcanzar más rápidamente el ideal de presión arterial, es importante titular al paciente con la dosis correcta de medicamento, esto en la mayoría de los casos se realiza lentamente, pero de una forma continua hasta llevar al paciente a la presión ideal. De esta manera se reduce la posibilidad de un evento cardiovascular lo más pronto posible. Sin embargo, existen situaciones especiales como los pacientes ancianos octogenarios en quienes no debemos olvidar tomar la presión arterial en bipedestación y sedestación para valorar si existen alteraciones del control de los baro receptores, y así calcular las dosis de los tratamientos antihipertensivo. Por lo tanto, se debe hacer énfasis en este grupo de pacientes; la reducción de la presión arterial debemos realizarla en forma gradual y preferiblemente con un solo fármaco para valorar la tolerancia del paciente y evitar una hipotensión ortostática; los pacientes ancianos muchas

Evidencia que soporta el uso de la terapia combinada en el tratamiento de la hipertensión arterial

Dra. Liliana Chaves Brenes



veces metabolizan los medicamentos más lentamente debido al deterioro de sus órganos por la edad y muchas veces la mala alimentación hace que tengan concentraciones bajas de proteínas o tomen poca cantidad de agua, lo que los hace fácil presa de deshidratación.

LOS BENEFICIOS DE LA TERAPIA COMBINADA SON MUY CLAROS

- Se utilizan dos o más medicamentos antihipertensivo cuyo mecanismo de acción sea complementario.
- Las dosis son menores que las utilizadas cuando se usan como monoterapia (reduciendo la posibilidad de efectos secundarios).
- Eficacia antihipertensiva es mucho mayor. (7)
- Terapia combinada permite aumentar la eficacia antihipertensiva, puesto que reduce los efectos secundarios.
- Actualmente, la terapia combinada se compone de un inhibidor del sistema renina angiotensina con un diurético o un calcio antagonista, un ARAII con un diurético o un calcio antagonista, un beta bloqueador con diurético o la terapia triple que asocia a los ARA II más el calcio antagonista, más el diurético, o el calcio antagonista más la estatina.
- La combinación siempre mejora la adherencia al tratamiento y se puede cubrir mejor los factores de riesgo que tiene el paciente.
- El cumplimiento terapéutico es mayor frente a las dosis libres, pues los pacientes muchas veces no toman el diurético o tienen olvidos en las tomas de todos los medicamentos.
- Todas la guías de manejo de la HTA mantienen la recomendación de individualizar el tratamiento.
- La terapia combinada mejora el control de la presión arterial durante las 24 horas.
- Claramente se muestra una reducción de morbilidad cardiovascular.
- Al facilitarse la sencillez del tratamiento permite un mayor cumplimiento del paciente y la mayor adherencia al tratamiento.

LOS INCONVENIENTES DE LA TERAPIA COMBINADA

- Es que existe cierto grado de dificultad en la aplicación de la cronoterapia y en el cálculo de la dosis correcta para el paciente.
- Hay limitación en fraccionar los comprimidos.
- La mayor rigidez en la dosificación hace que se tenga que limitar a las presentaciones encontradas en el mercado.
- Al presentarse algún efecto adverso no se puede determinar cuál de los dos medicamentos es el que lo produce.
- Hay cierto grado de dificultad en la valoración de modificaciones para hacer los ajustes de las dosis terapéuticas.

En los estudios de metaanálisis de monoterapia se evidencia que:

- La monoterapia logra reducciones medias de PA sistólica de 9mmHg y 5 mmHg para la presión diastólica.
- Estos promedios enmascaran una gran variedad de fluctuaciones de la presión arterial durante el día, las cuales son fácilmente detectados por los mapas de presión arterial.
- Al final estas fluctuaciones de las presiones producen el daño a los órganos blanco de la presión arterial.
- El uso de 3 drogas a dosis bajas es más efectivo que usar una en dosis estándar. (8).

CUÁLES SERÍAN LOS CANDIDATOS A TERAPIAS COMBINADAS DE ACUERDO CON LAS GUÍAS EUROPEAS DE CARDIOLOGÍA Y AL JNC7

- Pacientes hipertensos severos grado 2 o más.
- Pacientes obesos, con síndrome metabólico, diabéticos.
- Pacientes con factores de riesgo o con historial de infarto del miocardio o ictus o los pacientes con nefropatías.
- Pacientes con presión arterial sistólica de más de 20mmHg y con presión diastólica de más de 10mmHg por arriba de la meta de presión arterial.
- Conflicto de intereses: la autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mancia et al. Blood pressure control and improved cardiovascular outcomes in internal verapamil SR-Trandolapril Study. *Hypertension*. 2007; 50: 299-305.
2. Hyman DJ et al. Self-reported Hypertension treatment practices among primary care physicians: blood pressure thresholds, drug choices, and the role of guidelines and evidence-based medicine. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2281-6.
3. Wolf-Maier k et al. Hypertension treatment and control five European countries, Canada and USA *Hypertension* 2004; 43: 10-7.
4. Guidelines Committee 2003 European Society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension *J Hypertension* 2003; 21: 1011-1053.
5. Volpe M, Tocci G. Justificación de la terapia combinada con IECA y bloqueadores de los canales de calcio en la hipertensión arterial . *Hipertensión* 2007; 24: 256-60 vol. 24 n. 6.
6. Sever P, Messerli F. Ventajas de la terapia combinada en los pacientes que tienen la presión arterial elevada. *European Heart Journal* 32(20): 2499-2506, Oct. 2011
7. Mónica Díaz. Como comenzar el tratamiento del paciente hipertenso. *Rev. Argentina. Cardiol.*74; 4 Ago. 2006
8. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: Meta-analysis of 147 randomized trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. 2009; 338: b1665.