



Medicina de Familia  
**SEMERGEN**

[www.elsevier.es/semergen](http://www.elsevier.es/semergen)



## EDITORIAL

# Nuevas indicaciones y recomendaciones en el tratamiento antihipertensivo<sup>☆</sup>

## New indications and recommendations in the antihypertensive treatment

La presión arterial (PA) elevada se ha relacionado con una de cada dos muertes por enfermedad cardiovascular en individuos mayores de 50 años<sup>1</sup>. A pesar de lo anterior el control de la hipertensión arterial (HTA) en España en pacientes tratados farmacológicamente que reciben asistencia sanitaria en atención primaria (AP) no es el deseable<sup>2</sup>. Las razones del insuficiente control son múltiples y complejas; en unos casos dependen del propio paciente (incumplimiento), en otros del tratamiento farmacológico (ineficacia) y en otros incluso del propio médico (inercia clínica).

En un reciente estudio de nuestro Grupo<sup>3</sup>, se ha observado que el médico de familia modificó el tratamiento en el 41,8% de los pacientes hipertensos mal controlados. Cuando el médico modificaba el tratamiento, la principal medida adoptada fue la asociación farmacológica en más del 50% de los casos. El médico de familia presentó una conducta más rigurosa, modificando en mayor medida el tratamiento farmacológico de los pacientes mal controlados, cuando estos presentaban cifras más elevadas de PA, diabetes mellitus o antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV).

En la fisiopatología del proceso hipertensivo están interrelacionados varios mecanismos como la volemia, el sistema renina-angiotensina y el sistema nervioso simpático, por lo que en muchas ocasiones es difícil lograr un adecuado grado de control de la presión con un solo fármaco. La gran mayoría de los pacientes precisarán la combinación de 2 o 3 fármacos que actúen de forma sinérgica, lo que eleva la tasa de respuesta al tratamiento y mejora el grado de control de la PA. Además, los últimos estudios de morbilidad nos han hecho conocer que debemos lograr este control de la PA lo antes posible, lo que se facilita con el inicio del tratamiento con doble terapia, especialmente en pacientes con riesgo cardiovascular alto y en aquellos en los que es

necesario conseguir mayores reducciones de PA para lograr el objetivo<sup>4</sup>.

La Guía NICE de HTA 2011<sup>5</sup> recomienda la prescripción de principios en una dosis diaria de fármacos, siempre que sea posible. Los pacientes hipertensos en estadio 1 (PA  $\geq$  140/90 mmHg y monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) media diaria o automedida domiciliar de la PA (AMPA) media diaria  $\geq$  135/85 mmHg) con alto riesgo cardiovascular, lesión de órgano diana, diabetes o enfermedad clínica establecida, y los pacientes hipertensos en estadio 2 de HTA (PA  $\geq$  160/100 mmHg y media diaria de MAPA O AMPA  $\geq$  150/95 mmHg) deben ser tratados farmacológicamente. Se recomienda utilizar inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) en los menores de 55 años. Si el IECA no es tolerado (por tos, etc.) se puede utilizar un antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARII) de precio reducido. En los pacientes mayores de 55 años, etnia negra de origen africano o caribeños de cualquier edad se debe iniciar tratamiento con un fármaco calcioantagonista (CA). En los casos de intolerancia a CA o si no es adecuado debido a edema, o si hay sospecha de insuficiencia cardíaca o alto riesgo de padecerla, se debe tratar con diurético tiazídico. Cuando no se consigue control de la PA en monoterapia, en primer lugar se debe emplear una combinación de CA con IECA o ARA II. Si el CA no es adecuado, debido a edema o intolerancia, o si hay evidencia de insuficiencia cardíaca o alto riesgo de padecerla, utilizar un diurético tiazídico junto a un IECA.

Por tanto las dos estrategias más utilizadas en combinación ante el mal control de la hipertensión son los fármacos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), IECA, ARAII, con diuréticos o CA. Algunos estudios se han decantado por la combinación de IECA con CA en hipertensos de alto riesgo<sup>6</sup>.

Una vez que el médico decide una terapia de combinación, es importante considerar el coste-efectividad de la misma. Hoy más que nunca tenemos presente que los recursos son limitados y que el médico de atención primaria debe implicarse en intentar conseguir un sistema de salud

<sup>☆</sup> En representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Grupo HTA/SEMERGEN).

eficiente. La evaluación económica de medicamentos consiste en medir los costes y efectos sobre la salud de las opciones que quieren compararse, elegir el tipo de análisis más adecuado y llegar a obtener unos resultados. Algunos de los análisis más utilizados en evaluación económica son el análisis coste-efectividad y el análisis coste-utilidad<sup>7</sup>. En el análisis coste-efectividad los efectos de las opciones comparadas se miden en unidades clínicas habituales como la disminución de la PA, porcentaje de muertes evitadas, etc. Otro tipo de análisis es el coste-utilidad. Este último es más novedoso y su desarrollo específico se realiza en la esfera sanitaria. Pretende medir los efectos de una intervención a través de una unidad que integre cantidad y calidad de vida. Esto se consigue calculando los años de vida ganados y ponderándolos según la calidad de vida obtenida. Las unidades obtenidas son los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC). Este análisis permite comparar diferentes tipos de intervenciones o programas e integrar la cantidad y calidad de vida de los pacientes. Su mayor inconveniente es la falta de metodología bien definida, que puede implicar variaciones en los resultados.

En este número de la Revista Semergen-Medicina de Familia, se publica un interesante manuscrito sobre análisis coste-eficacia de los antihipertensivos en dosis fijas<sup>8</sup>. El objetivo de este estudio fue comparar la eficiencia de las combinaciones en dosis fijas del bloqueo del SRAA con antagonistas del calcio, para que sirva como guía de ayuda a la prescripción racional del tratamiento antihipertensivo. Se estudiaron 3 combinaciones fijas: amlodipino/olmesartán, amlodipino/valsartán y manidipino/delapril. Los autores concluyen que la combinación manidipino/delapril resultó ser la más coste-efectiva (menor coste más eficacia), tanto en lo referente a coste por mmHg de PA reducido, como en el coste para alcanzar el objetivo terapéutico propuesto para el paciente (a partir de unas cifras de PAS o PAD iniciales), así como en los pacientes hipertensos diabéticos, en los que la combinación referida resultó ser la más eficiente cuando medimos coste por AVAC.

El médico de familia tiene ante sí un importante reto: aumentar el grado de control de la PA en sus pacientes hipertensos utilizando tratamientos farmacológicos eficientes.

La mejor formación y el conocimiento de los factores que influyen en el mal control de la HTA, entre ellos el incumplimiento terapéutico y la inercia clínica, pueden contribuir en una mejora de la morbimortalidad cardiovascular de nuestros pacientes.

## Bibliografía

1. Graciani A, Zuluaga-Zuluaga MC, Banegas JR, León-Muñoz LM, de la Cruz JJ, Rodríguez-Artalejo F. Mortalidad cardiovascular atribuible a la presión arterial elevada en la población española de 50 años o más. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:125-9.
2. Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Prieto MA, Banegas JR, González-Segura D, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010. *Med Clin (Barc)*. 2011. En prensa.
3. Alonso Moreno FJ, Llisterri Caro JL, Rodríguez Roca GC, Prieto Díaz MA, Divisón Garrote JA, Barrios Alonso V, et al. Conducta del médico de atención primaria ante el mal control de la hipertensión arterial. Estudio PRESCAP 2010. *Semergen*. 2012;39:3-11.
4. Martell Claros N, Prieto Díaz MA. Cuando y por qué iniciar el tratamiento farmacológico con doble terapia. *Semergen*. 2012;38:445-51.
5. Management of hypertension: summary of NICE guidance. *BMJ* 2011; 343:d4891.
6. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, Dahlof B, Pitt B, Shi V, et al., ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med*. 2008;359:2417-28.
7. Antoñanzas F. Evaluación económica aplicada al campo de los medicamentos: características y metodología. En: Sacristán J, Badía X, Rovira J, editores. *Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos*. Madrid: Editores Médicos S.A; 1995. p. 31-47.
8. García Ruiz AJ, Divisón Garrote JA, García-Agua Soler N, Morata García de la Puerta F, Montesinos Gálvez AC, Ávila Lachica L. Análisis coste-eficacia de los antihipertensivos en dosis fijas. *Semergen*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.05.011>

F.J. Alonso Moreno  
*Médico de Familia, Centro de Salud Sillería,*  
*Toledo, España*  
 Correo electrónico: [falonsom@semergen.es](mailto:falonsom@semergen.es)