

# Tratamiento combinado de la hipertensión

## Consejos prácticos

Las guías clínicas recomiendan el tratamiento combinado de la hipertensión con dos fármacos en un único comprimido desde el inicio en la mayoría de los pacientes<sup>1-5</sup>.

### Excepciones:

Puede ser apropiado empezar el tratamiento con un solo fármaco en<sup>1</sup>:

- Pacientes con PA normal-alta y RCV alto: solo se necesita una pequeña reducción de la PA para alcanzar el objetivo.
- Mayores frágiles: el riesgo de hipotensión es mayor.

### ¿Por qué?

La mayoría de los pacientes requerirán una combinación de fármacos para controlar la presión arterial<sup>1</sup>.

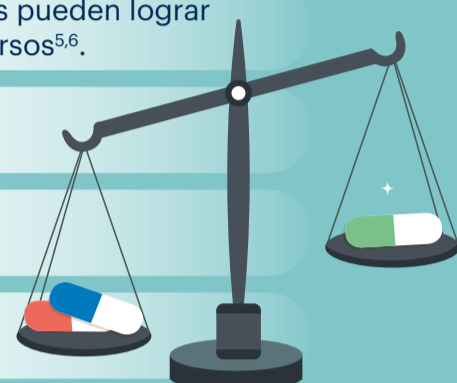
El tratamiento combinado inicial siempre es más efectivo que la monoterapia, incluso con la combinación en dosis bajas y la monoterapia en dosis máximas<sup>1</sup>.

La combinación de fármacos que actúan por mecanismos diferentes pueden lograr el control más rápido de la presión arterial, con menos efectos adversos<sup>5,6</sup>.

Es una estrategia segura y bien tolerada, incluso en pacientes con hipertensión de grado 1<sup>1</sup>.

Previene la inercia terapéutica<sup>1</sup>.

Mejora el cumplimiento terapéutico<sup>1,7</sup>.



### ¿Qué combinaciones elegir?

IECA o ARA-II

+

diurético tiacídico o antagonista del calcio<sup>1</sup>

- El IECA o ARA-II contrarresta la activación del sistema renina-angiotensina producida por los diuréticos y los antagonistas del calcio<sup>1,6</sup>.
- La combinación reduce el riesgo de hipopotasemia del diurético<sup>1,6</sup>.
- La combinación reduce la prevalencia de edema periférico del antagonista del calcio<sup>1,6</sup>.

### ¿Qué otras combinaciones pueden hacerse y cuáles hay que evitar?

Pueden combinarse los fármacos de las 5 clases más importantes, excepto IECA con ARA-II<sup>1</sup>.

Pueden combinarse fármacos de la misma clase, como antagonistas del calcio dihidropiridínicos y no dihidropiridínicos, o tiacidas y diuréticos del asa<sup>5</sup>.

Se debe evitar cualquier combinación de IECA, ARA-II e inhibidor directo de la renina, pues no aporta beneficios y aumenta el riesgo de efectos adversos<sup>1-5</sup>.

#### 5 familias principales de fármacos antihipertensivos<sup>1</sup>

- IECA
- ARA-II
- Diuréticos tiacídicos\*
- Antagonistas del calcio
- Bloqueantes  $\beta$

\*Incluyen los análogos tiacídicos

### ¿Qué combinación elegir de inicio para tratar la hipertensión en pacientes con comorbilidades?

Comorbilidad	Combinación/es de elección
Insuficiencia cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IECA o ARA-II + bloqueante <math>\beta</math> + diurético tiacídico (valorar diurético del asa si hay edema)<sup>1</sup></li> <li>• Añadir un antagonista de los receptores mineralocorticoideos si hay mal control<sup>1</sup></li> <li>• ARNI en sustitución de IECA/ARA-II si persisten síntomas de insuficiencia cardíaca<sup>1,4</sup></li> <li>• No administrar antagonistas del calcio no dihidropiridínicos, bloqueantes <math>\alpha^a</math> ni fármacos de acción central (como la monoxidina)<sup>1,4</sup></li> </ul>
Insuficiencia renal crónica <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IECA o ARA-II + bloqueante <math>\beta</math></li> <li>• IECA o ARA-II + diurético tiacídico (o del asa cuando la TFGe sea <math>&lt;30</math> ml/min/1,72 m<sup>2</sup>)</li> </ul>
Diabetes <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IECA o ARA-II + diurético tiacídico o antagonista del calcio</li> </ul>
Infarto de miocardio <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IECA o ARA-II + bloqueante <math>\beta</math></li> </ul>
Angina sintomática <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueante <math>\beta</math> + antagonista del calcio</li> </ul>
Fibrilación auricular <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IECA o ARA-II + bloqueante <math>\beta</math> o antagonista del calcio no dihidropiridínico</li> <li>• Bloqueante <math>\beta</math> + antagonista del calcio</li> </ul>
Accidente cerebrovascular <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IECA o ARA-II + diurético tiacídico o antagonista del calcio</li> </ul>
EPOC <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IECA o ARA-II + antagonista del calcio</li> <li>• Si se puede, evitar bloqueantes <math>\beta</math> y diuréticos (si se precisan, usar bloqueantes <math>\beta_1</math> cardioselectivos y diuréticos tiacídicos)</li> </ul>
Insuficiencia arterial de las extremidades inferiores <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IECA o ARA-II + diurético tiacídico o antagonista del calcio</li> </ul>
Disfunción sexual <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IECA o ARA-II + antagonista del calcio</li> <li>• Evitar bloqueantes <math>\beta</math> (excepto los vasodilatadores) y tiacidas</li> </ul>
Enfermedades reumatológicas <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IECA o ARA-II + antagonista del calcio</li> </ul>
Enfermedades psiquiátricas <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IECA o ARA-II + diurético</li> <li>• Evitar antagonistas del calcio y bloqueantes <math>\alpha</math> si hay hipotensión ortostática (p. ej., por ISRS)</li> </ul>
Pacientes de raza negra <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antagonista del calcio + diurético tiacídico</li> <li>• Antagonista del calcio + ARA-II</li> <li>• Diurético tiacídico + ARA-II</li> </ul>

<sup>a</sup> Los bloqueantes  $\alpha$  no tienen efecto en la supervivencia; pueden darse para tratar la hiperplasia benigna de próstata, pero deben suspenderse si hay hipotensión.

Fuente: elaboración propia a partir de las referencias

Abreviaturas: ARA-II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; ARNI: inhibidor (dual) de la neprilisina y del receptor de la angiotensina; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; TFGe: tasa de filtración glomerular estimada

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Española Cardiol. 2019;72(2):160.e1-160.e78. 2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Hypertension. 2018;71(6):1269-324. 3. World Health Organization. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 4 de julio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344424>. 4. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020;75(6):1334-57. 5. Wang T-D, Chiang C-E, Chao T-H, Cheng H-M, Wu Y-W, Wu Y-J, et al. 2022 Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology and the Taiwan Hypertension Society for the Management of Hypertension. Acta Cardiol Sin. 2022;38(3):225. 6. Barrios Alonso V. Terapia combinada para el tratamiento de la hipertensión arterial - Sociedad Española de Cardiología [Internet]. Actualidad en Cardiología Clínica. 2017 [citado 4 de julio de 2022]. Disponible en: <https://secardiologia.es/clinica/publicaciones/actualidad-cardiologia-clinica/octubre-2017/9086-terapia-combinada-para-el-tratamiento-de-la-hipertension-arterial>. 7. Parati G, Kjeldsen S, Coca A, Cushman WC, Wang J. Adherence to Single-Pill Versus Free-Equivalent Combination Therapy in Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. Hypertens. 2021;77(2):692-705.