

ÚLTIMOS TRATAMIENTOS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Autores: El Akil Belhaj Touzani, Laila; Durán Aja, Berta; Ferrer Sánchez, Lidia

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) supone un problema de salud por la repercusión que puede tener en los distintos órganos diana (corazón, sistema nervioso central-SNC, riñón), con la consiguiente morbimortalidad y costes para el sistema sanitario. Es una patología muy frecuente en la población, de forma que en España se calcula que del 20 al 30 % de la población adulta es hipertensa.

El tratamiento de la HTA ha contribuido a una reducción de la morbimortalidad, pero sin embargo en los últimos años se ha visto una estabilización o incluso un leve aumento de la tasa de enfermedades cerebrales isquémicas y cardiovasculares, que continúan siendo la primera causa de muerte.

Factores de riesgo

Existen una serie de factores que pueden aumentar el riesgo de padecer hipertensión arterial (HTA):

- ✓ Tabaquismo
- ✓ Dislipemia
- ✓ Diabetes mellitus (DM)
- ✓ Edad > 60 años
- ✓ Sexo (varón y mujer postmenopáusica)
- ✓ Historia familiar de cardiopatía: mujer < 65 años y varón < 55 años



Objetivos y metodología.

El objetivo principal de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica de aquellos tratamientos que se pueden considerar como recientes, describiendo la familia farmacológica a la que pertenecen, en que casos están indicados y sus posibles efectos adversos.

Realizamos un repaso a:

- ✓ concepto de hipertensión
- ✓ la aproximación diagnóstica y factores de riesgo para la HTA
- ✓ indicamos de forma superficial las medidas no farmacológicas para determinar cual es el mejor tratamiento para el paciente
- ✓ se revisan los fármacos que se pueden considerar de reciente aparición, y finalmente se discute el tratamiento de la HTA en poblaciones y situaciones especiales.

Prevención y tratamiento no farmacológico

- ✓ IMC (índice de masa corporal) <27
- ✓ Limitar la ingesta de alcohol (< 30 g/día en varón y < 15g/día en mujer)
- ✓ Moderar el consumo de sal en la dieta
- ✓ Consumir frutas y verduras frescas
- ✓ Ingesta adecuada de magnesio y calcio
- ✓ Control de las dislipemias
- ✓ Suprimir el tabaco
- ✓ Control del estrés



Tensión arterial y valores

La tensión arterial (TA) es una variable que oscila entre determinados valores y se ve modificada por factores endógenos y exógenos al propio individuo. Antes de decir que un sujeto es hipertenso debemos tener la certeza de que la medida de la tensión arterial es adecuada.

	TAS	TAD
Óptimo	<120	<80
Normal	<130	<85
Alto-normal	130-139	85-89
HTA grado 1	140-159	90-99
HTA grado 2	160-179	100-109
HTA grado 3	>/180	>/110
HTA sistólica	>/140	>90

Situaciones especiales

Enfermedad cardiaca: se administran IECAs principalmente.

Enfermedad cerebrovascular: no debe instaurarse tratamiento hipotensor.

Insuficiencia renal: IECAs fármacos de elección

EPOC y asma: contraindicados beta y alfa-beta bloqueantes. Recomendados los nuevos inhibidores de angiotensina.

Hiperlipidemias: se pueden usar los IECAs, bloqueantes del calcio, bloqueantes de angiotensina II y agonistas adrenérgicos centrales.

Embarazo: solo se debe administrar medicación cuando se supera los valores 150/110 mmHg, en este caso se trata con metildopa.

Tratamiento farmacológico

1. Alfa-betabloqueantes

Indicación: crisis hipertensivas, pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva.

Reacciones adversas: broncoespasmo, bradicardia, fatiga y astenia. Mareo, cefalea, hipotensión ortostática. Ocasionalmente alteraciones digestivas y reacciones cutáneas.

Interacciones: inhibidores e inductores del Citocromo P450, liotironina, digoxina: aumenta la biodisponibilidad oral de ésta.

Contraindicaciones: alteraciones de la conducción cardiaca, bradicardia, hipotensión, asma, EPOC, insuficiencia hepática.

Fármacos: carvedilol (principal representante), actúa bloqueando los receptores beta-1, beta-2 y alfa, ésta última acción es responsable de su actividad vasodilatadora. A este grupo también pertenece el labetalol.

2. ARA II

Indicación: hipertensión leve-moderada (la que cursa con renina alta), pacientes con asma o broncopatía obstructiva crónica, diabetes, depresión, hiperuricemia, vasculopatías periféricas, cardiopatía isquémica o insuficiencia cardiaca.

Reacciones adversas: cefalea, astenia, vértigos, mareo.

Interacciones: presentan pocas interacciones. Eprosartán, losartán y valsartán disminuyen su biodisponibilidad cuando se administran con alimentos.

Contraindicaciones: embarazadas, lactancia, hipovolemia secundaria a tratamiento diurético, estenosis renal bilateral o estenosis de la arteria renal con riñón único.

Fármacos: candesartán, olmesartán, eprosartán (familia de los sartanes).

Ventajas: menos incidencia de tos y de hipotensión al comienzo de tratamiento.

3. Antagonistas del calcio

Indicación: hipertrofia de ventrículo izquierdo, cardiopatía isquémica: angina de esfuerzo, angina inestable. Taquiarritmias: verapamilo, diltiazem.

Reacciones adversas: rubefacción, edemas, taquicardia y constipación.

Contraindicaciones: bloqueo cardiaco, insuficiencia cardiaca congestiva (verapamilo o diltiazem).

Interacciones: inhibidores e inductores del citocromo P450. Diltiazem, verapamilo y nicardipino pueden inhibir el metabolismo hepático de la ciclosporina. Aumento de la concentración plasmáticas de digoxina cuando se administra junto con el verapamilo. Inhibidores de la proteasa: aumento de las concentraciones plasmáticas del antiviral.

El verapamilo aumenta los niveles plasmáticos del propanolol.

Fármacos: verapamilo, nifedipino, amlodipino, diltiazem.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tressera R, Pardell H. Prevalencia e importancia sanitaria de la HTA. *Ann Med Intern* 1990; 7 (supl 3): 1-6.2. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2427.3. Martínez M, Rodicio J. Tratado de nefrología. 2.ª Edición (1993). Ed. Norma: 435-477.4. Kaplan NM. «Clinical hypertension». 6.ª Edición (1994). Ed. Williams and Wilkins.5. Dunn CJ, Lea AP, Wagstaff AJ. Carvedilol: a reappraisal of its pharmacological properties and therapeutic use in cardiovascular disorders. *Drugs* 1997; 54 (1): 161-185.6. Packer M, Bristow MR, Cohn JN. The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. *N Engl J Med* 1996; 334: 1349-1355.7. Packer M, Colucci WS, Sackner-Bernstein JD et al. Double-blind placebo-controlled study of the effects of carvedilol in patients with moderate to severe heart failure: the PRECISE trial. *Circulation* 1996; 94: 2793-2799.8. Avances en farmacología y farmacoterapia. Modulo VI. Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos de España. 94-110.9. Catalogo de medicamentos 2011. Página 804-810.10. Winfred G. Nayler, Amlodipino. Springer - Verlag Ibérica, 1993.11. Van Breeman C, Cauvinc, Johns A, Leighton P, Yamamoto, Ca²⁺ regulation of vascular smooth muscle. *Fed. Proc.* 45: 2746 - 2751, 1986.12. Mulvany MJ, the development and regression of vascular hypertrophy. *J. Cardiovasc Pharmacol* 19 (Suppl 2) 522 - 527, 1992.13. Papageorgiou P, Morgan KG. Increased Ca²⁺ signalling after alpha adrenoceptor activation in vascular hypertrophy.14. Taylor JM, Simpson RV. Inhibition of cancer cell growth by calcium channel antagonists in the atymic mouse. *Cancer Res.* 52: 2413 - 2418, 1992.15. Cheng S, Ragsdale JR, Sasaki AW, Lee RG, Dreney G.W, Pinson CW. Verapamil improves rat hepatic preservation with UW solution. *J. surg. Res* 50: 560 - 564, 1991.