

LA IMPORTANCIA DE LA
INTENSIFICACIÓN
DEL TRATAMIENTO
ANTIHIPERTENSIVO DESDE
EL INICIO

MITOS Y REALIDADES EN HIPERTENSIÓN

Lo que te preguntas
Lo que te consulta el paciente



IMPACTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA¹

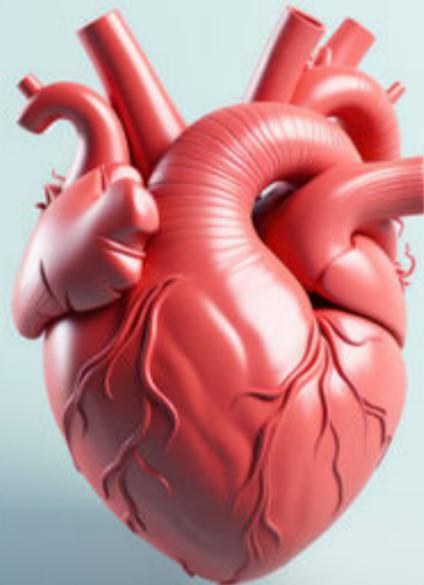


➤ **Adultos**
30-79 años
— 2019 —

± **10 millones** de personas son **hipertensas**
± **6,7 millones** de personas **no están controladas**



± **46 000 muertes**
cardiovasculares al año son
atribuibles a la hipertensión
arterial (HTA)





1

La **presión arterial sistólica** (PAS)
—pero no la presión arterial diastólica (PAD)— se asocia con un **aumento en el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares.**

¿verdadero o falso?





1

La **presión arterial sistólica (PAS)** —pero no la presión arterial diastólica (PAD)— se asocia con un **aumento en el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares.**



FALSO

Tanto la PAS como la PAD aumentan el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal crónica, arteriopatía periférica). Este riesgo aumenta cuanto más elevadas sean las cifras de presión arterial (PA) (PAS y/o PAD).



2

En los **pacientes** con hipertensión arterial (HTA) de **menos de 40 años no hace falta reducir la PA**, ya que el riesgo cardiovascular es bajo.

¿verdadero o falso?





2

En los **pacientes** con hipertensión arterial (HTA) de **menos de 40 años no hace falta reducir la PA**, ya que el riesgo cardiovascular es bajo.



FALSO

Las cifras elevadas de PA aumentan este riesgo en todo el rango de edad. Por lo tanto, es importante pautar un tratamiento adecuado para alcanzar los objetivos en función de las cifras de PA y el riesgo cardiovascular, incluyendo a la población más joven. Por otra parte, no hay que olvidar que en los sujetos más jóvenes que debutan con HTA es más frecuente la HTA secundaria como causa subyacente.



3

En la mayoría de los pacientes con **HTA** y una **PA** de **155/90 mmHg** se **debería comenzar el tratamiento** con un solo fármaco antihipertensivo.

¿verdadero o falso?





3

En la mayoría de los pacientes con **HTA** y una **PA** de **155/90 mmHg se debería comenzar el tratamiento** con un solo fármaco antihipertensivo.



FALSO

Salvo en pacientes con HTA de bajo riesgo y una PA <150/95 mmHg, o con PA normal-elevada y riesgo cardiovascular muy elevado, o bien en pacientes frágiles y/o de edad avanzada en los que se recomienda el inicio del tratamiento con monoterapia farmacológica, en el resto de los casos **se debería considerar de inicio la terapia combinada de 2 fármacos antihipertensivos (IECA/ARA-II) + diurético tiazídico o calcioantagonista, preferiblemente en un único comprimido para mejorar la adherencia al tratamiento.**

- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens [Internet]. diciembre de 2023 [citado 11 de febrero de 2025];41(12):1874-2071. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/HJH.0000000000003480>
- Gorostidi M, Gijón-Conde T, De La Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. octubre de 2022 [citado 11 de febrero de 2025];39(4):174-94. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1889183722000666>
- Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Muiesan ML, et al. 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. Eur J Intern Med [Internet]. agosto de 2024 [citado 11 de febrero de 2025];126:1-15. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0953620524002383>



4

Los **antiinflamatorios no esteroideos (AINE)** deberían **evitarse** en el paciente con HTA.

¿verdadero o falso?





Los **antiinflamatorios no esteroideos (AINE)** deberían **evitarse** en el paciente con HTA.



VERDADERO

Los AINE pueden aumentar las cifras de PA y disminuir la eficacia de los fármacos antihipertensivos, sobre todo cuando se emplean varios días seguidos, por lo que deberían evitarse en la medida de lo posible y buscar otras alternativas terapéuticas para el tratamiento del dolor.



5

Los inhibidores del sistema **renina-angiotensina** son parte **fundamental del tratamiento antihipertensivo.**

Los ARA-II no ofrecen ninguna ventaja sobre los IECA.

¿verdadero o falso?





5

Los inhibidores del sistema **renina-angiotensina** son parte **fundamental del tratamiento antihipertensivo.**

Los ARA-II no ofrecen ninguna ventaja sobre los IECA.



FALSO

Aunque los datos referentes al riesgo de eventos cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca, ictus) son similares entre los IECA y los ARA-II, lo cierto es que **los ARA-II tienen un perfil de seguridad superior a los IECA.** De hecho, los IECA presentan un mayor riesgo de efectos secundarios y peor perfil de seguridad, con más riesgo de angioedema, tos, pancreatitis y hemorragia gastrointestinal. Es preferible iniciar el tratamiento con un ARA-II, pues no hay que olvidar que la HTA es una enfermedad crónica, de manera que no solo es importante garantizar una buena eficacia clínica, sino que también debe ser un tratamiento bien tolerado para evitar discontinuaciones y facilitar una mayor adherencia a la medicación.

- Chen R, Suchard MA, Krumholz HM, Schuemie MJ, Shea S, Duke J, et al. Comparative First-Line Effectiveness and Safety of ACE (Angiotensin-Converting Enzyme) Inhibitors and Angiotensin Receptor Blockers: A Multinational Cohort Study. Hypertension [Internet]. septiembre de 2021 [citado 11 de febrero de 2025];78(3):591-603. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16667>
- Barrios V, Escobar C, Prieto L, Herranz I. Adverse events in clinical trials: is a new approach needed? The Lancet [Internet]. agosto de 2008 [citado 11 de febrero de 2025];372(9638):535-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673608612325>



1

Hoy me han medido la PA y tengo 125/75 mmHg, por lo que **ya no me tengo que volver a controlar.**

¿verdadero o falso?





1

Hoy me han medido la PA y tengo 125/75 mmHg, por lo que **ya no me tengo que volver a controlar.**



FALSO

La PA es una variable biológica que varía con el tiempo y puede aumentar con la edad.

Que una persona no sea hipertensa en un momento dado no significa que no lo pueda llegar a ser. De hecho, la prevalencia de HTA aumenta con la edad. Por ello, es importante realizarse controles periódicos de PA a lo largo de la vida, si bien la frecuencia de estos variará en función de las cifras de PA:

- **PA <120/80 mmHg, edad <40 años y normopeso:** cribado al menos cada 5 años.
- **PA 120-129/80-84 mmHg y sobrepeso u obesidad:** cribado cada 2-3 años.
- **PA 130-139/85-89 mmHg, edad >40 años y sobrepeso u obesidad:** cribado anual.
- **PA \geq 140/90 mmHg:** confirmar medidas fuera de la consulta (automedida de la PA o monitorización ambulatoria de la PA) y programar medidas estandarizadas en la consulta.



2

La **HTA** es una enfermedad que **no produce síntomas**, de manera que, si estoy bien, puedo estar tranquilo y no hace falta medirme la PA.

¿verdadero o falso?





2

La **HTA** es una enfermedad que **no produce síntomas**, de manera que, si estoy bien, puedo estar tranquilo y no hace falta medirme la PA.



FALSO

Precisamente se ha denominado a la HTA como el «asesino silencioso», ya que en ocasiones el diagnóstico se realiza cuando el paciente ya ha tenido un evento vascular. Lo más frecuente es que el paciente con HTA no note ningún síntoma por tener las cifras elevadas de PA. Hay 3 síntomas que preocupan particularmente a los pacientes con HTA: el dolor de cabeza, la hemorragia conjuntival y la epistaxis. Sin embargo, estos síntomas solo están presentes en <10 % de los casos de HTA.

- Arca KN, Halker Singh RB. The Hypertensive Headache: a Review. Curr Pain Headache Rep [Internet]. mayo de 2019 [citado 12 de febrero de 2025];23(5):30. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11916-019-0767-z>
- Kario K, Okura A, Hoshida S, Mogi M. The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. Hypertens Res [Internet]. mayo de 2024 [citado 12 de febrero de 2025];47(5):1099-102. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41440-024-01622-w>



3

Tener **HTA** me viene de **familia**.

¿verdadero o falso?





3

Tener **HTA** me viene de **familia**.



VERDADERO

Aunque no es correcto decir que la HTA es una enfermedad hereditaria, es cierto que **los antecedentes familiares de HTA aumentan el riesgo de tenerla, por lo que en estos sujetos es importante hacer un seguimiento más estrecho de la medida de PA** y promover con mayor énfasis un estilo de vida saludable para tratar de disminuir el riesgo o, al menos, retrasar el desarrollo de la HTA.



4

Me han recomendado que me **mida la PA en casa**; sirve **cualquier aparato** de medida que me compre.

¿verdadero o falso?





4

Me han recomendado que me **mida la PA en casa**; sirve **cualquier aparato** de medida que me compre.



FALSO

La medición de la PA en casa es muy importante, pues es de gran utilidad en el seguimiento de la HTA y es muy útil para el médico a la hora de tomar decisiones para modificar el tratamiento antihipertensivo. Por ello, **es importante emplear dispositivos validados** (no sirven los aparatos de medida de muñeca y sí que sirven los de brazo homologados), que se pueden consultar en: <https://www.seh-lelha.org/aparatos-medida-pa/>.

Por otra parte, el tamaño del manguito debe ser adecuado al diámetro del brazo, ya que, si es demasiado pequeño, las cifras de PA podrían estar falsamente elevadas.



5

Tras pautarme el **tratamiento** antihipertensivo, **las cifras de PA se han normalizado**, por lo que ya puedo **dejar de tomarlo**.

¿verdadero o falso?





5

Tras pautarme el **tratamiento** antihipertensivo, **las cifras de PA se han normalizado**, por lo que ya puedo **dejar de tomarlo**.



FALSO

La HTA es una enfermedad crónica que requiere de un tratamiento (farmacológico y no farmacológico) para toda la vida. Precisamente gracias al tratamiento se han podido controlar las cifras de PA, de manera que, si se suspende la medicación, esta aumentará. Es cierto que el tratamiento puede sufrir modificaciones a lo largo del tiempo según cambien las circunstancias, pero no se puede suspender la medicación sin la indicación de un médico. Del mismo modo, tampoco se pueden descuidar las medidas no farmacológicas (dieta y actividad física) por el hecho de que ya se hayan pautado fármacos para controlar la HTA.

- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens [Internet]. diciembre de 2023 [citado 11 de febrero de 2025];41(12):1874-2071. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/HJH.0000000000003480>
- Gorostidi M, Gijón-Conde T, De La Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. octubre de 2022 [citado 11 de febrero de 2025];39(4):174-94. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1889183722000666>
- Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Muiesan ML, et al. 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. Eur J Intern Med [Internet]. agosto de 2024 [citado 11 de febrero de 2025];126:1-15. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0953620524002383>

RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL MANEJO DE LA HTA²

Objetivos de presión arterial (PA). Guías de la European Society of Hypertension (ESH) 2023

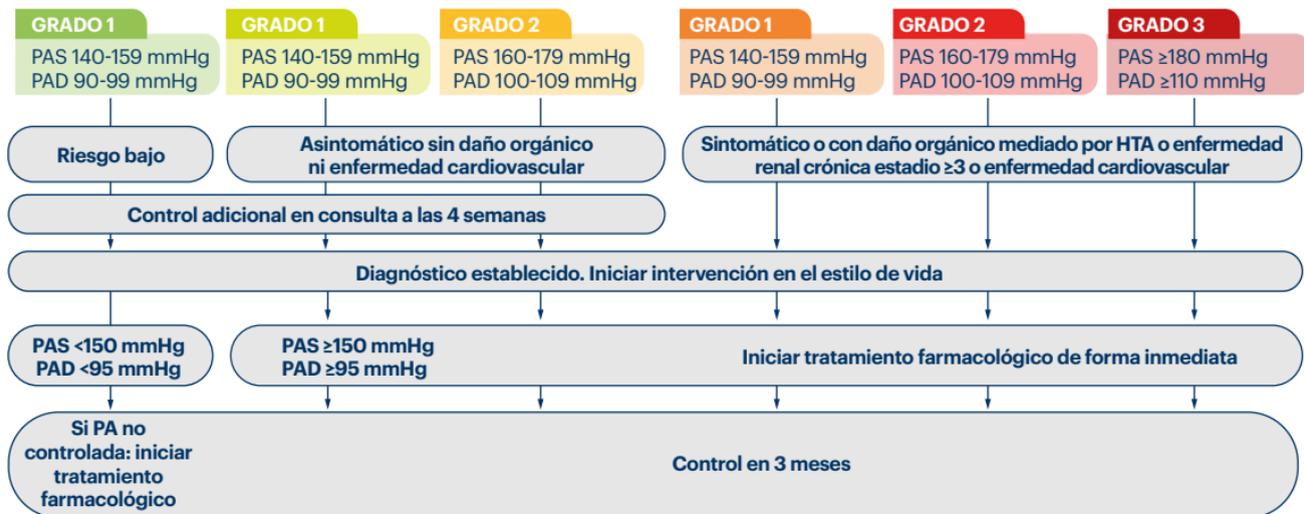
Pacientes de 18 a 64 años: PA en consulta <130/80 mmHg.

Pacientes de 65 a 79 años: Objetivo primario: PA <140/80 mmHg. Se puede considerar PA <130/80mmHg si se tolera bien el tratamiento.

Pacientes de ≥80 años: Objetivo primario: presión arterial sistólica (PAS) en consulta de 140 a 150 mmHg.

Se puede considerar PAS de 130 a 139 mmHg si se tolera bien, aunque con cautela si la presión arterial diastólica (PAD) ya es <70 mmHg.

MANEJO INICIAL DE LA HTA SEGÚN EL RIESGO DE LOS PACIENTES — GUÍAS ESH 2024³ —



Dosificación: 1 vez al día (preferiblemente por la mañana)

Paso 1
Combinación
doble



Paso 2
Combinación
triple



Paso 3
Añadir más
medicamentos



**Empezar con tratamiento
combinado dual en la mayoría
de pacientes**

IECA o ARA-II + CA o diuréticos_{T/TL}^a

Aumentar a dosis completa
si se tolera bien

Controlado hasta ~60 %^c

IECA o ARA-II + CA o diuréticos_{T/TL}

Aumentar a dosis completa
si se tolera bien

Controlado hasta ~90 %^c

Hipertensión resistente verdadera^d

Hasta ~5 %

**Valorar la posibilidad de consultar al
especialista en HTA en pacientes que
todavía no están controlados**

Comenzar con monoterapia solo en pacientes seleccionados:

- HTA de bajo riesgo y PA <150/95 mmHg
- o PA alta-normal y riesgo cardiovascular muy alto
- o pacientes frágiles o de edad avanzada

**BB^b: Puede utilizarse
como monoterapia o
en cualquier paso del
tratamiento combinado**

^aUso de diuréticos:

- Considerar la transición a diuréticos de asa si la TFGe está entre 30 y 45 ml/min/1,73 m².
- Si la TFGe es <30 ml/min/1,73 m², usar diuréticos de asa; considerar la combinación con clortalidona u otro diurético.

^bUtilizar BB según las pautas en las indicaciones respectivas o considerada en otras afecciones (consultar referencia 3).

^cPA controlada por debajo de 140/90 mmHg.

^d Cuando PAS es ≥140 mmHg o la PAD es ≥90 mmHg siempre que:

- Las dosis máximas recomendadas y toleradas de una combinación de tres medicamentos que comprende un IECA o ARA-II, un CA y un diurético similar a la tiazida.
- Se haya confirmado el control adecuado de la PA mediante MAPA o AMPA (si la MAPA no es factible).
- Diversas causas de HTA pseudoresistente (en especial mala adherencia) y HTA secundaria han sido excluidas.

CONCLUSIONES^{1,3}



El **control de la HTA** sigue siendo **subóptimo**.



Uno de los determinantes modificables de la falta de control de la HTA es el **uso insuficiente de tratamientos farmacológicos combinados**.



El reto clínico gravita en **reducir la inercia terapéutica** injustificada. Para ello se debería implementar efectivamente las guías de práctica clínica.



La **terapia** combinada de **inicio** con **2 fármacos** en un solo comprimido debería ser la **estrategia inicial** para el tratamiento de la HTA en la mayoría de pacientes.



Parapres® Plus, tu combinación desde el inicio³



Accede a la Ficha Técnica de Parapres®

PARAPRES®: Parapres® 4mg comprimidos, 14 unidades: 2,5€. Parapres® 8mg comprimidos, 28 unidades: 5,25€. Parapres® 16mg comprimidos, 28 unidades: 10,49€. Parapres® 32mg comprimidos, 28 unidades: 20,97€. Medicamento sujeto a prescripción médica. Especialidad reembolsable por el S.N.S. con aportación reducida.

Fecha de elaboración del material: enero 2025.



Accede a la Ficha Técnica de Parapres® Plus

PARAPRES® PLUS.: Parapres® Plus 16 mg/12,5 mg comprimidos, 28 unidades: 10,46€. Parapres® Plus 32 mg/12,5 mg comprimidos, 28 unidades: 20,92€. Parapres® Plus 32 mg/12,5 mg comprimidos, 300 unidades: 262,62€. Parapres® Plus Forte 32 mg/25 mg comprimidos, 28 unidades: 20,92€. Medicamento sujeto a prescripción médica. Especialidad reembolsable por el S.N.S. con aportación normal.

Referencias bibliográficas: 1. Banegas JR, Sánchez M, Gijón T, López E, Graciani A, Guallar P, et al. Cifras e impacto de la hipertensión arterial en España. Rev Esp Cardiol. 2024;S1885-5857(24)00144-0. 2. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens. 2023;41(12):1874-2071. 3. Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Muijsan ML, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Hipertensión de 2024 para el tratamiento de la hipertensión arterial. Eur J Intern Med. 2024;S0953-6205(24)00238-3.

AMPA: automedida de la presión arterial; **ARA-II:** antagonistas de los receptores de angiotensina II; **BB:** betabloqueantes; **CA:** calcioantagonistas; **IECA:** inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; **MAPA:** monitorización ambulatoria de la presión arterial; **PA:** presión arterial; **PAD:** presión arterial diastólica; **PAS:** presión arterial sistólica; **T/L:** tiazida/tipo tiazida; **TFGe:** tasa de filtrado glomerular estimado.