

Diabetes & Cardiovascular Review SEMERGEN

Dirección editorial:
Dr. Antonio Ruiz García

Introducción

Página 2

La HTA es una de las patologías más frecuentes atendidas en consultas de Atención Primaria. La mitad de estos pacientes presentan HTA, y solo la mitad tienen controlada la PA.

Diagnóstico

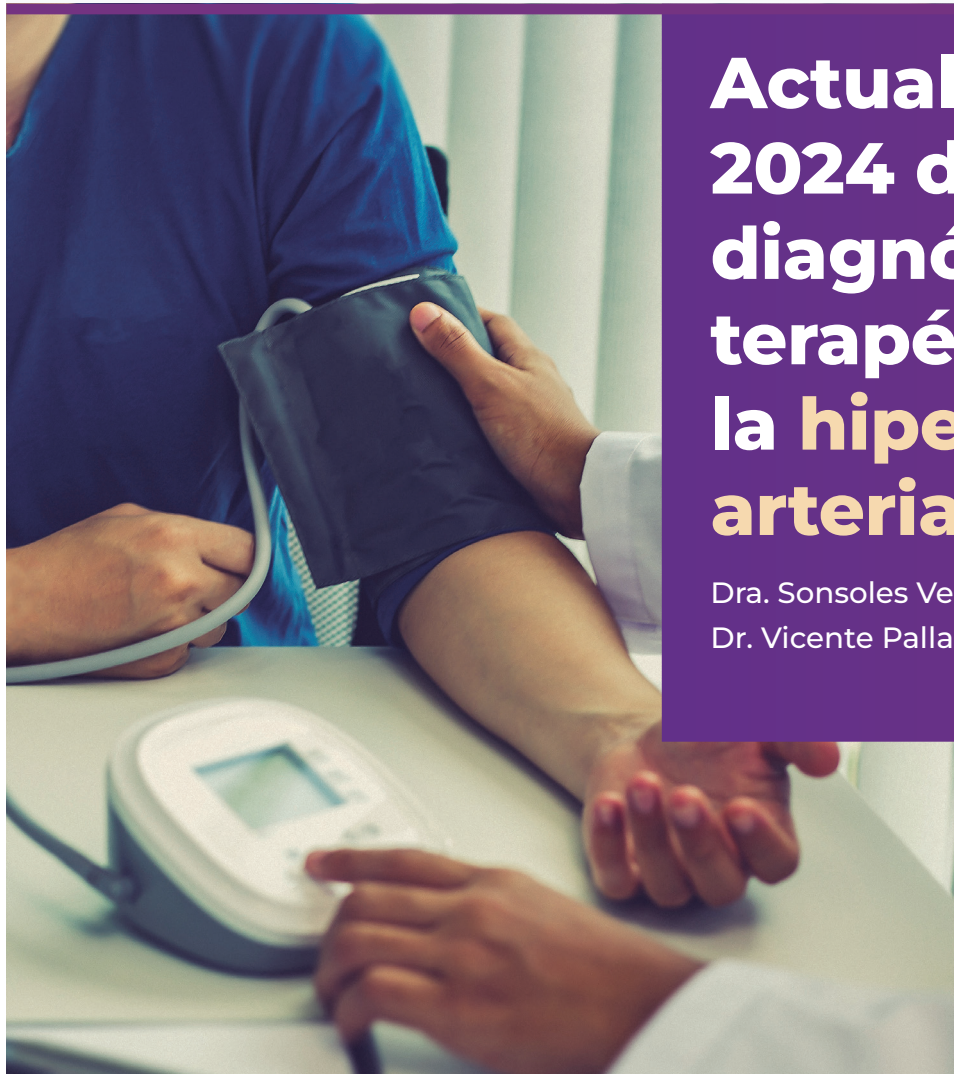
Página 5

Los pacientes con niveles de PA $\geq 140/90$ mmHg, medidos reiteradamente de forma correcta en consulta y confirmados por AMPA y/o MAPA, deben considerarse personas con HTA.

Estrategias terapéuticas de la HTA

Página 7

Se debe iniciar el tratamiento combinado con un IECA o ARA-II más un diurético tiazídico o un calcioantagonista, preferiblemente en combinación fija.



Actualización 2024 del manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial

Dra. Sonsoles Velilla Zancada
Dr. Vicente Pallarés Carratalá

ÍNDICE

01/ Resumen / Abstract

02/ Introducción

02/ Definición, riesgo vascular y causas de la hipertensión arterial

03/ La importancia del factor de riesgo asociado y del daño subclínico

03/ Medida y clasificación

05/ Manejo diagnóstico de la hipertensión arterial

06/ Objetivos de control de la presión arterial

07/ Estrategias terapéuticas de la hipertensión arterial

12/ Puntos clave

13/ Bibliografía

Título original:

Diabetes & Cardiovascular Review SEMERGEN. Actualización 2024 del manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial

Dirección editorial:

Dr. Antonio Ruiz García. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Pinto, Pinto (Madrid). Profesor asociado de la Universidad Europea de Madrid. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes, Endocrinología y Metabolismo, de Lípidos y de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN*



© de la edición de 2024: Agencia de Formación. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Patrocinado por:



Edita:



Passeig de Gràcia, 101, 1.º 3.ª
08008 Barcelona
euromedice@euromedice.net
www.euromedice.net

Depósito legal: B 12169-2022
ISSN: 2696-9467

Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa del propietario del copyright.

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.

La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) es una sociedad científica de carácter profesional que tiene por objeto fundamental la promoción de la Medicina de Atención Primaria de Salud, colaborando en la mejora de la asistencia a la población, aumentando y perfeccionando la competencia profesional de los médicos dedicados a esta, fomentando la investigación, desarrollando la formación continuada y defendiendo los intereses profesionales y las legítimas aspiraciones de mejora en el ejercicio de la Medicina de Atención Primaria de Salud de sus socios, con arreglo a la legislación vigente y a los principios éticos.

SEMERGEN es sinónimo de formación continuada de calidad y de actualización de competencias, a través de sus múltiples recursos formativos, siempre basados en la excelencia y en el rigor científico.

SEMERGEN promueve, facilita e impulsa la mejora continua de la formación científica, técnica y humana de estudiantes de Medicina, médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y de los médicos de Atención Primaria en los distintos niveles académicos de grado, de especialización o de posgrado y a lo largo de toda su vida profesional, así como facilita el desarrollo profesional continuo del médico de familia, participando activamente en su elaboración, desarrollo y ejecución, garantizando su calidad.

Actualización 2024 del manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial

Dra. Sonsoles Velilla Zancada¹, Dr. Vicente Pallarés Carratalá²

¹Médico de familia, Centro de Salud Joaquín Elizalde, Logroño. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN. ²Profesor titular, Departamento de Medicina, Universidad Jaume I, Castellón. Coordinador del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN

RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo de enfermedad y muerte en España. Casi la mitad de los pacientes que se atienden a diario en las consultas de Atención Primaria en España son pacientes con HTA, y solo en un 58,5 % se alcanzan objetivos de control de presión arterial (PA). El diagnóstico precoz y el tratamiento de la HTA constituyen objetivos básicos de salud, pues su adecuado control va a reducir la morbimortalidad relacionada.

El objetivo de esta revisión es analizar los aspectos más importantes en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la HTA, teniendo en cuenta las más recientes evidencias publicadas por las guías de práctica clínica. Se revisan los actuales objetivos de control de PA según los diferentes fenotipos de pacientes. Por otra parte, se analizan las actuales evidencias sobre los enfoques farmacológicos y no farmacológicos para tratar la HTA, centrándose en las recomendaciones de las guías internacionales.

En la actualidad, las guías de práctica clínica recomiendan preferentemente iniciar el tratamiento con una combinación de dos fármacos a dosis bajas frente a la monoterapia o a titular dosis, ya que se logrará antes un mejor control de la PA, se favorecerá una mejor adherencia y se reducirá la inercia terapéutica, con menos efectos adversos.

Palabras clave: hipertensión arterial, diagnóstico, terapia antihipertensiva, tratamiento combinado.

ABSTRACT

High blood pressure (HTN) is the main risk factor for illness and death in Spain. Almost half of the patients seen daily in primary care consultations in Spain are patients with HTN, and only 58.8% achieve blood pressure (BP) control goals. Early diagnosis and treatment of HTN constitute basic health aims, since its adequate control will reduce related morbidity and mortality.

The objective of this review is to analyse the most important aspects regarding the diagnosis and treatment of HTN, taking into account the most recent evidence published by clinical practice guidelines. Current BP control targets are reviewed according to different patient phenotypes. On the other hand, the current evidence on non-pharmacological and pharmacological approaches to treat HTN is analysed, focusing on the strategy recommended by international guidelines.

Currently, clinical practice guidelines recommend starting treatment with a combination of two drugs at low doses compared to monotherapy or titrating the dose, since better BP control will be achieved, better adherence will be promoted and therapeutic inertia will be reduced.

Keywords: arterial hypertension, diagnosis, antihypertensive therapy, combined treatment.

Acrónimos

- AMPA: automedida de la presión arterial
- AP: Atención Primaria
- ARA-II: antagonistas de los receptores de angiotensina II
- CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration
- DM: diabetes mellitus
- ECV: enfermedad cardiovascular
- EC: enfermedad coronaria
- ERC: enfermedad renal crónica
- ESH: European Society of Hypertension
- FGe: filtrado glomerular estimado
- FRV: factores de riesgo vascular
- HTA: hipertensión arterial
- HVI: hipertrofia ventricular izquierda
- ICFEr: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida
- IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
- ISH: International Society of Hypertension
- LOD: lesión de órgano diana
- MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial
- PA: presión arterial
- PAD: presión arterial diastólica
- PAS: presión arterial sistólica
- Pp: presión de pulso
- RV: riesgo vascular
- SEH-LELHA: Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial
- SM: síndrome metabólico
- UBE: unidades de bebida estándar

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo vascular (FRV) más prevalentes y constituye el principal factor de morbimortalidad para enfermedad cardiovascular (ECV)¹⁻³. En España, el 48,0 % de los pacientes atendidos en consulta por los médicos de familia presentan HTA y, de ellos, solo el 58,5 % presentan un control adecuado de sus cifras de presión arterial (PA)^{4,5}.

Esta elevada prevalencia la sitúa como una de las patologías más frecuentes en la consulta de Atención Primaria (AP). Detectarla de forma precoz y evitar su progresión en el *continuum* cardiovascular es prioritario⁶, y en general hay que tener en cuenta objetivos clave como: a) realizar un adecuado cribado; b) identificar cuanto antes la lesión de órgano diana (LOD); c) llegar a los objetivos de control cuanto antes; d) establecer un adecuado diagnóstico; e) iniciar lo antes posible las medidas terapéuticas (farmacológicas/no farmacológicas) recomendadas.

DEFINICIÓN, RIESGO VASCULAR Y CAUSAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La HTA viene definida por una PA elevada de forma persistente y por encima de unos límites consensuados por las guías de práctica clínica¹⁻³. Los valores, que no dejan de ser arbitrarios, simplifican el diagnóstico y las decisiones terapéuticas, y están definidos por aquel nivel de PA en el que los beneficios de la intervención farmacológica manteniendo estilos de vida saludable superan los riesgos derivados de esta, de forma que la

relación entre la PA y el desarrollo de ECV es continuo y lineal a partir de niveles >115 mmHg de PA sistólica (PAS) y >75 mmHg de PA diastólica (PAD)⁷. En Europa se considera HTA la elevación mantenida en consulta clínica de niveles de PAS \geq 140 mmHg y/o de PAD \geq 90 mmHg en personas mayores de 18 años sin tratamiento farmacológico¹⁻³.

Es importante recordar que, además de realizar la detección, diagnóstico y tratamiento lo antes posible, la HTA va asociada en la mayoría de los casos a otros FRV, como tabaquismo, inactividad física, alimentación poco saludable, sobrepeso/obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus (DM) o síndrome metabólico (SM), lo cual aumenta exponencialmente el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular⁸. Por todo ello, es muy importante realizar la valoración del riesgo vascular (RV) del paciente con HTA. Según las guías, las principales variables clínicas que deben utilizarse para estratificar el RV del paciente con HTA son los FRV, la DM, el daño de órgano subclínico o LOD, la enfermedad renal crónica (ERC) y la ECV establecida^{1,3}.

La causa más frecuente de aumento de PA es la HTA esencial o primaria (90-95 % de los casos), que es un trastorno muy heterogéneo, de base poligénica y asociado a factores ambientales o adquiridos que ejercen un efecto deletéreo para el desarrollo de la HTA^{1,3,9}. La HTA secundaria ocasionada por una etiología corregible es menos frecuente (5-10 %), si bien la prevalencia varía en función de la edad y el contexto clínico^{1,3,10}. En la práctica clínica habitual, el diagnóstico y tratamiento correcto de la causa de la HTA secundaria conlleva a la normalización de la PA¹⁰.

LA IMPORTANCIA DEL FACTOR DE RIESGO ASOCIADO Y DEL DAÑO SUBCLÍNICO

La valoración integral del RV tiene que incluir la búsqueda de los FRV asociados y/o la LOD, frecuentes en el paciente con HTA y con una significación pronóstica independiente. Debido a la importancia de la LOD como etapa intermedia en el espectro continuo y como determinante del RV global, han de buscarse de forma minuciosa signos de afectación orgánica^{1-3,5}. En el paciente con HTA, la presencia de LOD puede reclasificar al paciente con un mayor RV.

Algunas determinaciones de daño renal, cardíaco y vascular se podrían considerar en la valoración del RV. Debido a su simplicidad, disponibilidad y bajo costo, las medidas basadas en la determinación de albúmina en orina, filtrado glomerular estimado (FGe) según el Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) y electrocardiograma están disponibles para su uso rutinario. Los ultrasonidos vasculares y cardíacos (ecografía) son cada vez más accesibles y su uso está más extendido, por lo pueden ser indicados en la evaluación del paciente con HTA¹⁻³. La LOD ha de valorarse como cribado y, además, durante el tratamiento (objetivos renales y cardiovasculares), puesto que ofrece información sobre cuándo el tratamiento está protegiendo verdaderamente al paciente del daño orgánico y/o de potenciales episodios cardiovasculares (tabla 1).

Otras valoraciones de LOD han mostrado significación pronóstica, aunque su complejidad, baja disponibilidad y alto costo obstaculizan su uso clínico rutinario (p. ej., velocidad de la onda de pulso, rigidez arterial, etc.). Sin embargo, cualquier medida debería considerarse si añade precisión global a la ponderación del

RV. Los principales criterios para clasificar a los individuos en categorías de RV alto o muy alto se resumen en la tabla 2¹.

MEDIDA Y CLASIFICACIÓN

La medida de la PA es una de las técnicas que más veces se realizan en las consultas de AP. Hacerlo bien es muy importante, ya que una medida deficiente podría infraestimar/sobreestimar el resultado.

La medición en consulta se ha de realizar varias veces en cada individuo, en ambos brazos y en diferentes ocasiones. Tiene que usarse un manguito de tamaño adecuado (que abarque al menos el 50 % de la circunferencia del brazo) y con ello asegurar la mayor exactitud del resultado obtenido y siempre siguiendo las recomendaciones que podemos ver en la figura 1¹. Si la PA está un poco elevada, se repetirán las mediciones de forma periódica para obtener una determinación aceptable de la PA habitual del individuo, llevando a clasificar la HTA (tabla 3), y decidir si es necesario instaurar tratamiento o no. Si la PA se encuentra marcadamente elevada o si se acompaña



El diagnóstico de HTA esencial es un diagnóstico de exclusión que debe someterse de manera constante a revisión de acuerdo con las circunstancias clínicas de la evolución de cada paciente.



Tabla 1

Lesiones de órgano diana.

Lesión de órgano diana subclínica

- Rigidez arterial:
 - Presión de pulso (en personas mayores) ≥ 60 mmHg
 - Velocidad de onda de pulso carótido-femoral > 10 m/s
- Electrocardiograma: HVI
- Ecocardiografía: HVI
- Albuminuria o elevación del cociente albúmina/creatinina
- Daño renal moderado (FGe 30-59 ml/min/1,73 m²) o grave (FGe < 30 ml/min/1,73 m²)
- Índice tobillo/brazo $< 0,9$
- Retinopatía: hemorragias o exudados, papiledema

Enfermedad cardiovascular o renal establecida

- Enfermedad cerebrovascular: accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio, hemorragia cerebral
- Enfermedad cardiovascular: infarto de miocardio, angina
- Presencia de placas de aterosclerosis
- Insuficiencia cardíaca (incluida la preservada)
- Fibrilación auricular
- Enfermedad arterial periférica

FGe: filtrado glomerular estimado; HVI: hipertrofia ventricular izquierda.

Adaptada de: Pallarés-Carratalá V, et al.².

Tabla 2

Estratificación del riesgo vascular total según los valores de PAS/PAD y la presencia de factores de riesgo vascular, lesión de órgano diana, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y enfermedad cardiovascular.

Estadificación de la enfermedad hipertensiva	Otros factores de riesgo, LOD, ECV o ERC	Clasificación por grados de la PA (mmHg)			
		Alta-normal PAS 130-139 PAD 85-89	Grado 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Grado 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Grado 3 PAS ≥180 PAD ≥110
Estadio 1	Ningún otro factor de riesgo	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Alto riesgo
	1 o 2 factores de riesgo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado a alto	Alto riesgo
	≥3 factores de riesgo	Riesgo de bajo a moderado	Riesgo de moderado a alto	Alto riesgo	Alto riesgo
Estadio 2	LOD, ERC grado 3 o diabetes mellitus	Riesgo de moderado a alto	Alto riesgo	Alto riesgo	Riesgo muy alto
Estadio 3	ECV o ERC establecidas de grado ≥4	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

Adaptada de: Mancia G, et al.¹.

ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; LOD: lesión de órgano diana; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

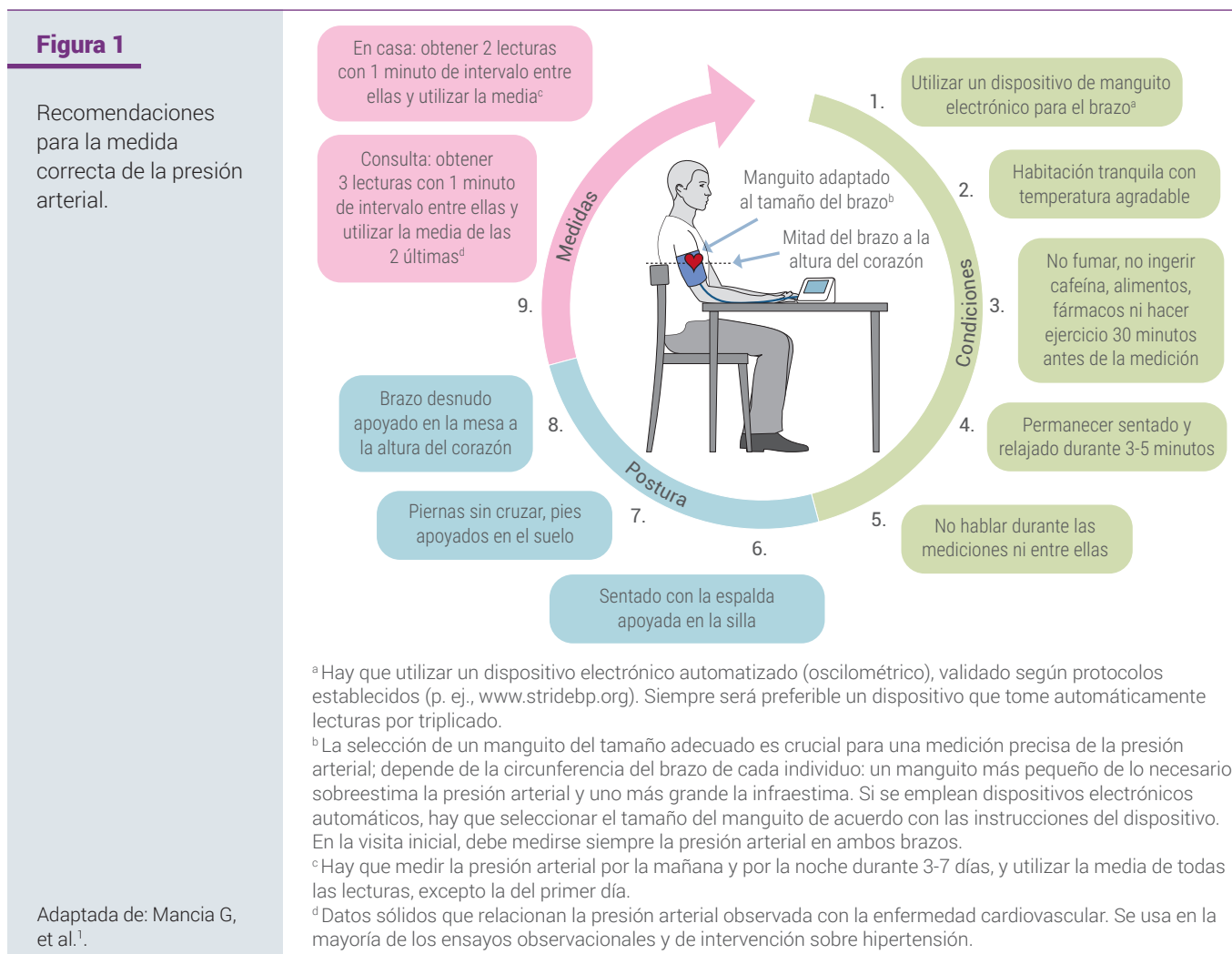


Tabla 3	Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)	
Clasificación de la hipertensión arterial en consulta y ambulatoria.	Óptima	<120	y	<80	
	Normal	120-129	y/o	80-84	
	Normal-alta	130-139	y/o	85-89	
	HTA grado 1	140-159	y/o	90-99	
	HTA grado 2	160-179	y/o	100-109	
	HTA grado 3	≥180	y/o	≥110	
	HTA sistólica aislada	≥140	y	<90	
	HTA diastólica aislada	<140	y	≥90	
	PA fuera de la consulta				
	MAPA				
	Media diurna (actividad)	≥135	o	≥85	
	Media nocturna (sueño)	≥120	o	≥70	
	Media 24 horas	≥130	o	≥80	
	AMPA	≥135	o	≥85	
Adaptada de: Mancia G, et al. ¹ y Gorostidi M, et al. ³ .	AMPA: automedida de la presión arterial; HTA: hipertensión arterial; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; PA: presión arterial.				

de LOD, es necesario valorar con rapidez otros FRV o la presencia de ECV o ERC, y repetir la medición de la PA para tomar decisiones sobre la mejor opción terapéutica.

La HTA esencial constituye un diagnóstico de exclusión que debe someterse a una revisión constante de acuerdo con las circunstancias clínicas de la evolución de cada paciente. Para ello, es necesario monitorizar la PA en intervalos regulares y poder identificar a un número nada despreciable de personas en las que la elevación de la PA desaparece después de las primeras consultas. Estas personas pueden requerir una monitorización de la PA más frecuente que la población general, aunque posiblemente no requieran tratamiento farmacológico porque es probable que tengan un RV bajo¹⁻³.

MANEJO DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se debe considerar que las personas tienen HTA cuando mantienen niveles de PAS/PAD ≥140/90 mmHg, medidos de forma correcta y repetida en consulta, y confirmado por la automedida de la presión arterial (AMPA) y/o la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). Aquellas personas con valores de PAS entre 130-139 mmHg y PAD entre 80-89 mmHg se consideran pacientes con alto riesgo de desarrollar HTA, y se tendría que considerar que padecen HTA en los casos con RV alto/muy alto para valorar el inicio de alguna estrategia de tratamiento¹⁻³.

Por otra parte, a todo paciente con HTA se le debe realizar una valoración inicial lo más exhaustiva posible. Se han de tener en cuenta los antecedentes personales y familiares, los síntomas y/o signos que puedan hacer sospechar la existencia de una HTA secundaria y las comorbilidades o características del paciente que pueden aumentar su RCV, y realizar todas aquellas exploraciones complementarias de las que se dispongan para detectar LOD o ECV establecida. Para ello, en AP se tendrían que valorar: perfiles glucémico, lipídico e iónico, función renal, electrocardiograma, índice tobillo-brazo, AMPA y MAPA.

Para realizar una valoración del RV integral del paciente y tomar las decisiones más adecuadas, lo más apropiado en nuestro ámbito geográfico es la utilización de las tablas europeas SCORE2 o SCORE2-OP.

“

Los pacientes con cifras de PA ≥140/90 mmHg medida de forma correcta y repetida en consulta, y confirmada por AMPA y/o MAPA, deben ser considerados personas con HTA.

”



Para realizar una adecuada valoración global del paciente y de su riesgo y tomar decisiones, en nuestro medio, lo más apropiado es la utilización de las tablas SCORE2 o SCORE2-OP.



Existen unos perfiles o fenotipos diferenciales de pacientes con HTA que se deben tener en cuenta (figura 2)^{1,3}:

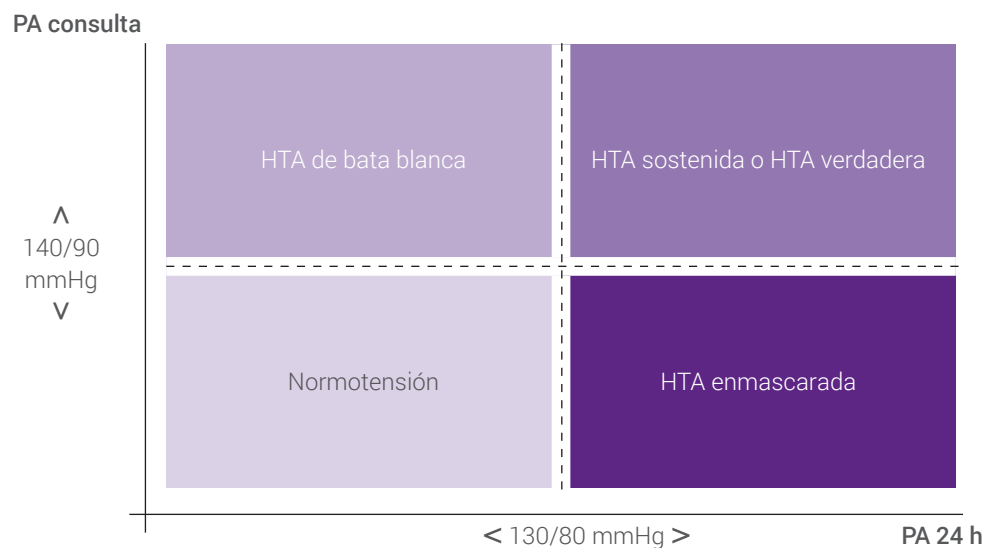
- a. **HTA clínica aislada o de «bata blanca»:** la PA está persistentemente elevada en consulta y la PA ambulatoria es $<135/85$ mmHg. Su prevalencia es del 20 % en los pacientes diagnosticados de HTA, aumenta a mayor edad y menor tiempo de evolución de la HTA y disminuye al aumentar la gravedad de las cifras de PA a mayor número de determinaciones en consulta. Estos pacientes presentan menos LOD, aunque más que los normotensos. Pueden evolucionar a HTA y requerir, por tanto, seguimiento clínico (AMPA/MAPA) y tratamiento.
- b. **HTA enmascarada:** la PA es $<140/90$ mmHg en consulta y en determinaciones ambulatorias puede presentar cifras elevadas y/o LOD. Su prevalencia se encuentra entre el 9 y el 49 % y puede asociarse a un aumento de la morbimortalidad cardiovascular. Es necesario la realización de AMPA/MAPA.
- c. **Normotensión verdadera:** la medición de la PA, tanto en consulta como ambulatoria, presenta resultados normales.
- d. **HTA persistente:** la medición de la PA, tanto en consulta como ambulatoria, presenta resultados anormalmente elevados.
- e. **HTA sistólica aislada:** la PAS es ≥ 140 mmHg y la PAD es <90 mmHg. Es la más frecuente en pacientes mayores de 55 años, mujeres y adultos jóvenes de 17-25 años. Su prevalencia es del 25 % y es más frecuente en varones.
- f. **HTA diastólica aislada:** la PAD es ≥ 90 mmHg y la PAS es <140 mmHg. Se presenta en edades <30 años, es frecuente en varones y está relacionada con el aumento de peso en la edad madura y el SM. Su prevalencia es del 20 % de los pacientes con HTA. Se debe al aumento de la resistencia vascular sistémica y, sin tratamiento, evoluciona a HTA sistólica-diastólica.
- g. **HTA sistólica-diastólica:** está causada por múltiples mecanismos y su progresión es lenta. Es la más frecuente entre los 30-55 años. Provoca esclerosis de las pequeñas arterias y arteriolas, lo que da lugar a LOD y ECV si no se corrige.
- h. **Presión de pulso (Pp) o presión diferencial:** es la diferencia entre la PAS y la PAD en mmHg. Se indica la rigidez aórtica, la velocidad de la onda de pulso y la reducción del diámetro aórtico. Se produce un incremento progresivo de la PAS con el envejecimiento (a diferencia de la PAD, que disminuye), aumentando así la Pp y, por tanto, la capacidad de predecir RV.

OBJETIVOS DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Las guías europeas y la guía de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA)^{1,3} proponen que los

Figura 2

Fenotipos de hipertensión arterial según la presión arterial clínica y la presión arterial ambulatoria.



Adaptada de: Gorostidi M, et al.³.

HTA: hipertensión arterial; PA: presión arterial.

objetivos de control de PAS/PAD sean <140/90 mmHg para todos los pacientes. Se ha de tener en cuenta que el objetivo de control de PAS/PAD en la mayoría de los pacientes es <130/80 mmHg si es bien tolerado, excepto en aquellos de mayor edad, en los que parece razonable mantener el objetivo de PAS entre 130-140 mmHg, aunque estudios recientes han puesto de manifiesto las ventajas de una mayor reducción de PA en los pacientes de 60-80 años¹¹. También hay acuerdo en que el objetivo de control <130/80 mmHg parece razonable, siempre que estos niveles se toleren bien. Por último, se recomienda que no debe reducirse la PAS <120 mmHg (<130 mmHg en >80 años) y la PAD <70 mmHg (tabla 4).

Los objetivos de las guías europeas¹ son más moderados que los planteados por las guías americanas², en aras a prevenir el posible efecto perjudicial de un exceso de reducción de la PA, sobre todo en pacientes mayores o frágiles, y teniendo en cuenta no solo la estrategia de reducir la PA, sino el objetivo de control integral de los pacientes, especialmente de aquellos con RV alto/muy alto.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Modificaciones del estilo de vida

La adopción de un estilo de vida saludable es fundamental para prevenir o retrasar la aparición de HTA, reducir los valores elevados de PA y disminuir el aumento asociado del RV. Las personas con un estilo de vida saludable tienen alrededor de 4-5 mmHg de PA más baja¹.

Estas medidas pueden reducir los fármacos necesarios para controlar la PA e incluso prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA grado I y un perfil cardiovascular bajo, pero nunca han de retrasar el inicio de la terapia farmacológica¹.



Si es bien tolerado, un objetivo <130/80 mmHg se debería tener en cuenta en la gran mayoría de los pacientes, excepto en las personas frágiles de edad avanzada.



La indicación de hábitos de vida saludable debe llevarse a cabo de forma sistemática en todos los pacientes con HTA. Se tiene que analizar y reforzar su cumplimiento durante el seguimiento.

La obesidad es una epidemia mundial cuya prevalencia está aumentando y que se asocia directamente con la HTA. La pérdida de peso es una estrategia bien establecida para reducir la PA. Mantener o conseguir un índice de masa corporal comprendido entre 20 y 25 kg/m² es la mejor recomendación^{1,3}.

Hay una fuerte evidencia entre la asociación de un elevado consumo de sodio en la dieta con un aumento de la PA y con la incidencia de HTA. Las dietas con restricción de sodio mejoran el control de la PA y reducen la cantidad de medicamentos necesarios para lograrlo. Es preciso recomendar una restricción del contenido de sal en la dieta de <5 g/día^{1,3}. Se deben tener en cuenta las altas cantidades de sal en alimentos precocinados o procesados. Es deseable una ingesta adecuada de potasio, magnesio y calcio, ya que su aumento se asocia con la reducción de la PA¹². También se ha recomendado la ingesta de verduras con alto contenido en nitratos, como las verduras de hoja o la remolacha^{12,13}.

Tabla 4	PAS	HTA	+ DM	+ Ictus	+ EC	+ ICFer	+ ERC		
Objetivos del tratamiento según los fenotipos de los pacientes.	18-64 años	130-139 mmHg (IA) 120-129 mmHg si se tolera			120-129 mmHg (IA) No <120 mmHg	120-129 mmHg (IA) No <120 mmHg	130-139 mmHg (IA)	70-79 (IA)	
	65-79 años	130-139 mmHg (IA). No <120 mmHg							
	≥80 años	130-139 mmHg si se tolera (IIB). No <130 mmHg							
		70-79 (IA)							PAD

DM: diabetes mellitus; EC: enfermedad coronaria; ERC: enfermedad renal crónica; HTA: hipertensión arterial; IA/IIB: nivel de recomendación, clase de evidencia; ICFer: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

Adaptada de: Mancia G, et al.¹.



Es fundamental adoptar un estilo de vida saludable para prevenir o retrasar la aparición de HTA, para reducir los valores elevados de PA y disminuir el aumento asociado de RV.



Existe una relación inversa entre la incidencia de HTA y la actividad física, sobre todo el ejercicio aeróbico dinámico, pues este reduce más los niveles de PA¹. El entrenamiento de resistencia dinámico o el isométrico estático lo hacen en menor medida. Se recomienda realizar al menos 30 minutos de ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada durante 5 a 7 días por semana (≥ 150 minutos a la semana) o 75-150 minutos semanales de ejercicio aeróbico de intensidad vigorosa. La actividad física se ha de valorar de forma individual, adecuarse a la edad^{1,3,13} y pautarse de manera estructurada en términos de frecuencia, intensidad, tiempo, tipo y progresión, fomentando su disfrute para que pueda ser mantenido en el tiempo. Los adultos que no puedan realizar esta actividad física tienen que permanecer tan activos como les permita su capacidad y salud, evitando y reduciendo el sedentarismo. Se recomienda aumentar la actividad incidental, como es ir a caminar¹³.

El riesgo de HTA aumenta tanto en hombres como en mujeres con una ingesta de alcohol de al menos una o dos unidades de bebida estándar (UBE) al día (>10 a 20 g de alcohol). Se debe eliminar, o al menos restringir, el consumo de alcohol a <14 UBE por semana en los hombres y <8 UBE por semana en las mujeres. Una UBE corresponde a 250 cc de cerveza, 125 cc de vino y 30 cc de bebida de mayor graduación. Es importante evitar el consumo rápido e intenso^{1,3,13}.

Se recomienda abandonar el hábito tabáquico. El tabaquismo es un factor independiente para la ECV y el cáncer^{1,3,13}.

Es preciso aconsejar una dieta sana y equilibrada como la dieta mediterránea (consumo de aceite de oliva, frutos secos y pescado azul) o la dieta de enfoques alimentarios para detener la HTA (dieta DASH); esta última promueve el consumo de cereales integrales, frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa. Estas dietas se asocian con una reducción significativa de la PAS y la PAD, con independencia del estado de HTA, así como también con la reducción de incidencia de ECV o de la mortalidad cardiovascular. Es importante limitar el consumo de azúcar^{1,3}.

El consumo de café o té se puede recomendar de manera moderada^{1,3,12,13}.

Otras intervenciones recomendables para mejorar el estilo de vida, aunque su efecto es menor, pueden ser reducir el estrés, practicar yoga o reducir la exposición a la contaminación^{1,3,13}.

Tratamiento farmacológico

El primer escalón del tratamiento tiene que ser la modificación de estilos de vida y debe mantenerse como coadyuvante cuando se inicie el tratamiento farmacológico^{1,12}. Existe suficiente evidencia, proporcionada por diferentes investigaciones, del beneficio del tratamiento farmacológico para descender los niveles de PA, reducir el riesgo de ECV y disminuir la mortalidad¹⁴.

Inicio del tratamiento

Se ha propuesto que el tratamiento antihipertensivo se inicie según el valor de la PA y la presencia de síntomas, LOD y ECV (figura 3)^{1,12}.

Hay que tener en cuenta que en los pacientes con historia de ECV, en especial con enfermedad coronaria, el tratamiento debe considerarse a partir de valores de PAS ≥ 130 mmHg y/o PAD ≥ 80 mmHg. En pacientes de ≥ 80 años, el umbral recomendado de PAS para iniciar el tratamiento farmacológico es de 160 mmHg y se ha de individualizar en los pacientes con fragilidad¹.

Fármacos antihipertensivos

Se dispone de cinco grandes grupos de fármacos para descender la PA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II), bloqueadores de los canales de calcio o calcioantagonistas (dihidropiridínicos y no dihidropiridínicos), betabloqueantes y diuréticos. Dentro de estos últimos se prefieren los tiazídicos o similares, como la clortalidona o la indapamida^{1,3}. La elección del fármaco tiene que ser individualizada y basarse tanto en las indicaciones especiales como en las precauciones y las contraindicaciones. Hay que tener en cuenta los rangos de dosis y los períodos de administración¹.

Tratamiento combinado

Se prefiere iniciar el tratamiento con una combinación de dos fármacos a dosis bajas respecto a la monoterapia o a titular dosis; así se puede conseguir un mejor control de la PA¹⁵. En los pacientes que ya están en tra-

tamiento, el control de la PA mejora mucho más si se añade un fármaco de otra clase que si se aumenta la dosis del fármaco que está tomando el paciente¹⁶. Se ha afirmado que la reducción de PA puede ser hasta 5 veces mayor¹⁶.

El porcentaje de pacientes que tienen controlada su PA sin efectos adversos es mayor con la terapia combinada¹⁵. Además, se ha demostrado que la terapia combinada permite controlar más rápido los valores de la PA y reducir el riesgo de ECV y la mortalidad respecto a la monoterapia¹⁷. Por el contrario, se ha asociado el retraso en la intensificación de la medicación con un mayor riesgo de ECV¹⁸.

Por todo lo anterior, en las últimas guías europeas se recomienda el inicio del tratamiento de manera combinada con dos fármacos, ya que es más eficaz para conseguir el control, incluso a dosis menores que las utilizadas en monoterapia^{1,3,12}. Además, la estrategia del tratamiento combinado se justifica con varias consideraciones, como mejorar la inercia, reducir la complejidad de los tratamientos pautados, disminuir los efectos adversos, mejorar la adherencia y aumentar la eficacia respecto a lo que supondría el aumento de dosis en monoterapia.

Se recomienda que se puede iniciar el tratamiento con cualquier combinación de los grupos farmacológicos, excepto la combinación de un IECA con un ARA-II. Se prefieren combinaciones basadas en IECA o ARA-II con calcioantagonista o diurético tiazídico^{1,12}.



Se ha propuesto que el tratamiento antihipertensivo debe iniciarse según el valor de la PA, de la presencia de síntomas, de ECV y de LOD.

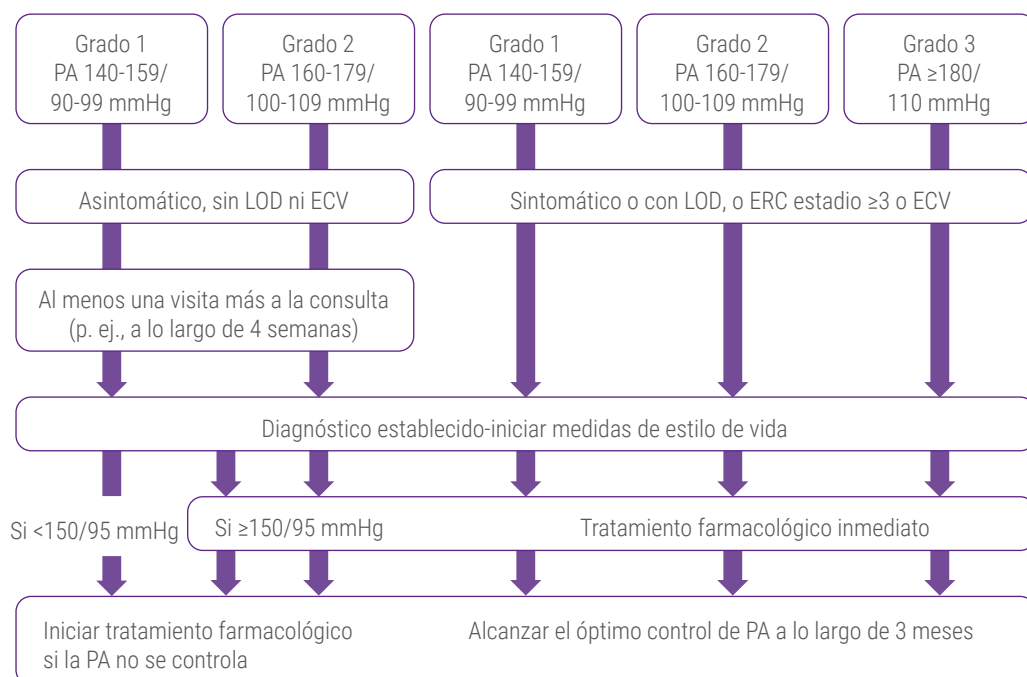


En la figura 4 se puede observar la estrategia general de tratamiento en pacientes con HTA, siguiendo las siguientes consideraciones¹:

- Los betabloqueantes pueden usarse al inicio de la terapia o como tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFEr), pacientes con enfermedad coronaria o para controlar la frecuencia cardíaca en fibrilación auricular. Es posible utilizarlos en cualquier escalón del tratamiento con las especificaciones indicadas para su prescripción.
- Se pueden considerar otros fármacos adicionales, como los antagonistas de los receptores mineralocorticoides (espironolactona), diuréticos de asa, alfa-bloqueantes y vasodilatadores de acción central.
- La monoterapia se reserva para la HTA de grado 1 en sujetos con bajo RV si la PAS es <150 mmHg y la PAD <95 mmHg, para sujetos con PA normal-alta y RV muy alto o para pacientes con fragilidad y/o edad avanzada.

Figura 3

Inicio del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.



Adaptada de: Mancia G, et al.¹.

ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; LOD: lesión de órgano diana; PA: presión arterial.

Figura 4

Estrategia de tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial.



Adaptada de: Mancía G, et al.¹.

ARA-II: antagonistas del receptor de angiotensina II; HTA: hipertensión arterial; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; PA: presión arterial.

- d. El uso de diurético tiazídico puede cambiarse por un diurético de asa si el FGe está entre 30 a 45 ml/min/1,73 m². Si el FGe es <30 ml/min/1,73 m², se ha de utilizar un diurético de asa.
- e. Se considera HTA resistente cuando la PAS es ≥140 mmHg o la PAD es ≥90 mmHg a pesar de utilizar la dosis máxima y recomendada de tres fármacos (IECA o ARA-II, calcioantagonista y diurético tiazídico). El mal control se debe confirmar mediante AMPA y/o MAPA, habiendo descartado causas de HTA pseudoresistente (mala adherencia) o de HTA secundaria.

Elección de la terapia farmacológica más adecuada

En el primer escalón, las guías recomiendan el inicio con IECA o ARA-II de manera indistinta, nunca estos fárma-

cos en combinación^{1,3}. Ambos fármacos están contraindicados en mujeres embarazadas o que estén planeando embarazo, edema angioneurótico previo, potasio superior a 5,5 mmol/l o estenosis renal bilateral o en un único riñón funcional.

En un estudio reciente, donde se comparaba la eficacia y la seguridad de estos fármacos en monoterapia como tratamiento de primera línea para la HTA, se concluía que los IECA se prescriben con mucha mayor frecuencia que los ARA-II. Aunque ambos grupos farmacológicos son similares en cuanto al riesgo de ECV, los ARA-II tienen un mejor perfil de seguridad, por lo que se puede recomendar iniciar preferentemente el tratamiento con ARA-II en terapia combinada¹⁹. Además, los ARA-II se toleran mejor que los IECA, lo que favorece la adherencia terapéutica por parte de los pacientes¹.

Respecto a la terapia combinada, se puede realizar tanto con un calcioantagonista como con un diurético tiazídico. En el estudio ACCOMPLISH se seleccionaron pacientes de alto RV y se comparó la combinación de un IECA más un calcioantagonista con la combinación de un IECA más un diurético tiazídico, siendo la primera combinación superior en reducir el riesgo de padecer episodios cardiovasculares y de mortalidad cardiovascular. Asimismo, se observó que los pacientes tratados con IECA y calcioantagonista tenían un mejor control de su PA, con un valor más bajo de PAS y PAD²⁰. Se pue-

“ En las últimas guías se recomienda el inicio del tratamiento de manera combinada con dos fármacos, ya que es más eficaz para conseguir el control, incluso a dosis menores que las utilizadas en monoterapia. ”

de recomendar el inicio con esta combinación, aunque siempre teniendo en cuenta el perfil de paciente.

Dentro del grupo farmacológico de los calcioantagonistas, existen dos tipos: los no dihidropiridínicos (verapamilo y diltiazem) y los dihidropiridínicos (amlodipino, felodipino, nifedipino, barnidipino). Estos últimos son los más utilizados en los pacientes con HTA. Los calcioantagonistas dihidropiridínicos pueden empeorar los edemas en miembros inferiores, por lo que hay que tener precaución en los pacientes con ICFer. Los no dihidropiridínicos están contraindicados en los bloqueos auriculares, la disfunción grave de ventrículo izquierdo (fracción de eyección del ventrículo izquierdo <40 %), los pacientes con bradicardia, la asociación con betabloqueantes y la administración junto con medicaciones con interacciones mediadas a través del citocromo CYP3A4¹. Se puede aconsejar la prescripción de calcioantagonistas en doble terapia como primera elección en sujetos con DM o intolerancia a la glucosa, SM, hipertrofia ventricular izquierda, albuminuria o proteinuria, ERC, arteriopatía periférica o enfermedad coronaria. La guía de la International Society of Hypertension (ISH) de 2020 recomienda que la primera opción de tratamiento en combinación debe ser un IECA o ARA-II con un calcioantagonista dihidropiridínico, reservando el diurético tiazídico para la triple terapia¹².

Se recomienda evitar los diuréticos tiazídicos en pacientes con hiponatremia o ERC, y usarlos con precaución en individuos con gota, intolerancia a la glucosa, hipercalcemia o hipopotasemia¹. Se puede recomendar su uso en combinación como primera opción en pacientes con insuficiencia cardíaca, pacientes ancianos y pacientes con insuficiencia venosa o con intolerancia a los calcioantagonistas.

Titulación de dosis

En los pacientes cuya PA no se controla con la doble terapia, se puede usar una combinación doble con dos

fármacos diferentes o la misma combinación a mayores dosis^{1,12}. Si aun así no se logra controlar la PA, se puede valorar continuar el tratamiento con triple terapia combinada con IECA o ARA-II más calcioantagonista más un diurético tiazídico. De esta forma se podría lograr el control de la PA en el 90 % de los pacientes¹.

Se debe titular la dosis hasta la máxima tolerada, incluso en triple terapia si es necesario. Se prefieren comprimidos en dosis únicas que contengan la combinación, ya que mejora el control de la PA y los resultados cardiovasculares²¹ sin aumentar los efectos adversos²². Además, el tratamiento combinado en un solo comprimido mejora la adherencia terapéutica. Estas combinaciones están disponibles en un solo comprimido en un amplio rango de dosis, con el fin de poder titular las mismas^{1,12}.

¿Cuándo prescribir el tratamiento?

El objetivo del tratamiento antihipertensivo es lograr el control de la PA durante 24 horas y mantener este control a lo largo del tiempo. Para ello, es preciso tener en cuenta la vida media de los fármacos, las posibles interacciones y su mecanismo de acción. Se prefiere la administración única de fármacos y que la duración de acción de estos cubra el control durante 24 horas.

En el estudio de Hermida et al. se llegó a la conclusión de que, si se administraba la medicación por la noche, existía un mejor control de la PA y una reducción de los episodios cardiovasculares²³. Sin embargo, las recomendaciones de las guías de la European Society of Hypertension (ESH)¹ y la ISH¹² afirman que no debe realizarse de manera rutinaria en la práctica clínica, sino que es preferible la administración de fármacos por la mañana, siempre en dosis única²⁴, ya que incluso así se mejoraría el cumplimiento y no se observan diferencias en cuanto a la incidencia de episodios cardiovasculares²⁵.

PUNTOS CLAVE

- La elevada prevalencia de HTA, su papel en el desarrollo de la ECV y el evidente beneficio en la reducción del RV justifican el cribado de la HTA en la población adulta.
- La medida de la PA tiene que realizarse de forma sistemática en cualquier contacto de los pacientes que acuden a consulta y registrarse con periodicidad ajustada al nivel de PA inicial y al riesgo de desarrollo de HTA, promoviendo la toma de PA fuera de la consulta.
- En el tratamiento de la HTA, es muy importante la modificación de los estilos de vida e incentivar el ejercicio y la dieta mediterránea.
- Se debe pautar tratamiento de manera inicial con terapia combinada a dosis bajas e ir titulando hasta alcanzar la triple terapia si es necesario. Se prefiere el tratamiento combinado en comprimidos únicos.

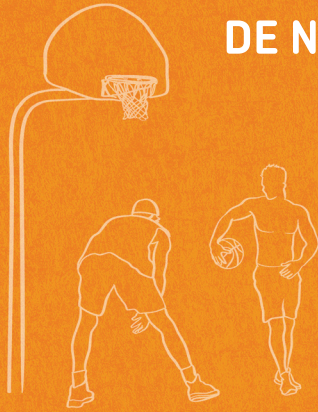
BIBLIOGRAFÍA

1. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al.; Authors/Task Force Members. 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;41:1874-2071.
2. Pallarés-Carratalá V, División Garrote JA, Prieto Díaz MA, García Matarín L, Seoane Vicente MC, Escribano FM, et al.; en nombre del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN. Posicionamiento para el manejo de la hipertensión arterial en atención primaria a partir del análisis crítico de las guías americana (2017) y europea (2018). *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)*. *Semerger*. 2019;45:251-72.
3. Gorostidi M, Gijón-Conde T, De la Sierra A, Rodilla E, Vinyoles E, Oliveras A, 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*. 2022;39:174-94.
4. Cinza-Sanjurjo S, Micó-Pérez RM, Velilla-Zancada S, Prieto-Díaz MA, Rodríguez-Roca GC, Barquilla García A, et al.; en representación de los investigadores del estudio IBERICAN. Factores asociados al riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular y renal en el estudio IBERICAN (Identificación de la población Española de Riesgo Cardiovascular y renal): resultados definitivos. *Semerger*. 2020;46:368-78.
5. Cinza Sanjurjo S, Prieto Díaz MA, Llisterri Caro JL, Pallarés Carratalá V, Barquilla García A, Rodríguez Padial L, et al.; en representación de los investigadores del estudio IBERICAN. Características basales y manejo clínico de los primeros 3.000 pacientes incluidos en el estudio IBERICAN (Identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal). *Semerger*. 2017;43:493-500.
6. Dzau V, Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement. *Am Heart J*. 1991;121:1244-62.
7. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360:1903-13.
8. Katsimardou A, Imprialos K, Stavropoulos K, Sachinidis A, Doumas M, Athyros V. Hypertension in Metabolic Syndrome: Novel Insights. *Curr Hypertens Rev*. 2020;16:12-8.
9. Warren HR, Evangelou E, Cabrera CP, Gao H, Ren M, Mifsud B, et al. Genome-wide association analysis identifies novel blood pressure loci and offers biological insights into cardiovascular risk. *Nat Genet*. 2017;49:403-15.
10. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? *Eur Heart J*. 2014;35:1245-54.
11. Zhang W, Zhang S, Deng Y, Wu S, Ren J, Sun G, et al. Trial of intensive blood pressure control in older patients with hypertension. *N Engl J Med*. 2021;385:1286-79.
12. 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;75:1334-57.
13. Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, Ching SM, Neupane D, Marques FZ, et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2024;42:23-49.
14. Brunstrom M, Carlberg B. Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178:28-36.
15. Mourad JJ, Waeber B, Zannad F, Laville M, Duru G, Andréjak M; investigators of the STRATHE trial. Comparison of different therapeutic strategies in hypertension: a low-dose combination of perindopril/indapamide versus a sequential monotherapy or a stepped-care approach. *J Hypertens*. 2004;22:2379-86.
16. Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. *Am J Med*. 2009;122:290-300.
17. Gradman AH, Parisé H, Lefebvre P, Falvey H, Lafeuille MH, Duh MS. Initial combination therapy reduces the risk of cardiovascular events in hypertensive patients: a matched cohort study. *Hypertension*. 2013;61:309-18.
18. Xu W, Goldberg SI, Shubina M, Turchin A. Optimal systolic blood pressure target, time to intensification, and time to follow-up in treatment of hypertension: population based retrospective cohort study. *BMJ*. 2015;350:h158.
19. 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*. 2021;78:591-603.
20. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, Dahlöf 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.
21. Egan BM, Bandyopadhyay D, Shaftman SR, Wagner CS, Zhao Y, Yu-Isenberg KS. Initial monotherapy and combination therapy and hypertension control the first year. *Hypertension.* 2012;59:1124-31.
 22. Salam A, Kanukula R, Atkins E, Wang X, Islam S, Kishore SP, et al. Efficacy and safety of dual combination therapy of blood pressure-lowering drugs as initial treatment for hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens.* 2019;37:1768-74.
 23. Hermida RC, Crespo JJ, Domínguez-Sardiña M, Otero A, Moyá A, Ríos MT, et al.; Hygia Project Investigators. Bedtime hypertension treatment improves cardiovascular risk reduction: the Hygia Chronotherapy Trial. *Eur Heart J.* 2020;41:4565-76.
 24. Stergiou G, Brunström M, MacDonald T, Kyriakoulis KG, Bursztyn M, Khan N, et al. Bedtime dosing of antihypertensive medications: systematic review and consensus statement: International Society of Hypertension position paper endorsed by World Hypertension League and European Society of Hypertension. *J Hypertens.* 2022;40:1847-58.
 25. Mackenzie IS, Rogers A, Poulter NR, Williams B, Brown MJ, Webb DJ, et al.; TIME Study Group. Cardiovascular outcomes in adults with hypertension with evening versus morning dosing of usual antihypertensives in the UK (TIME study): a prospective, randomised, open-label, blinded-endpoint clinical trial. *Lancet.* 2022;400:1417-25.

NOTAS

DISFRUTAR COMPARTIENDO 120 SONRISAS
Y 80 CANASTAS SIN TENER QUE PREOCUPARME
DE NADA MÁS



PARAPRES

PARAPRES Plus

Candesartán: el ARA-II con mayor duración del efecto antihipertensivo¹

1. Tamargo J, Caballero R, Gómez R, et al. Características farmacológicas de los ARA-II. ¿Son todos iguales? *Rev Esp Cardiol.* 2006;6(Supl C):10-24.



Accede a la
ficha técnica
de Parapres®

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



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.

Fecha de elaboración del material: marzo 2024

ES-CAN-2400009 PARAV194