



¿Qué porcentaje de tus **pacientes hipertensos** necesitan triple terapia? Falta de control de la presión arterial y ventajas que nos aporta una **triple combinación**.

Dr. Juan Luis Bonilla Palomas

Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de la Cruz

La **presión arterial elevada** se asocia a un incremento del **riesgo de sufrir eventos cardiovasculares** y de muerte¹. En términos generales, el beneficio clínico del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en cuanto a la reducción de eventos cardiovasculares y de la mortalidad radica, más que en el tipo de fármaco y en su efecto concreto, en el control adecuado de las cifras de presión arterial¹.

Cumplir el **objetivo de control de presión arterial** es, por tanto, esencial, de forma que en la estrategia terapéutica, las guías de práctica clínica recomiendan la **triple terapia** cuando dos fármacos de grupos terapéuticos distintos y en dosis adecuadas no permiten alcanzar los objetivos de tratamiento^{1,2}.

Los **grupos terapéuticos** recomendados en la combinación son: un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o antagonista del receptor de la angiotensina II (ARAII), más un bloqueador de los canales del calcio (BCC), más un diurético^{1,2}, preferentemente un análogo tiazídico como clortalidona o indapamida¹. Ahora bien, con respecto a la triple terapia cabe preguntarse: ¿Qué porcentaje de pacientes no están controlados con dos fármacos y precisan triple terapia?, ¿el uso de tres grupos terapéuticos aporta beneficios adicionales, al propio control de la presión arterial?, ¿qué aporta el tratamiento combinado en una única píldora a la consecución de los objetivos de control de la hipertensión arterial?

1. DESARROLLO

Se estima que entre un cuarto y un tercio de pacientes con hipertensión arterial se encuentran en tratamiento con triple terapia, aunque este porcentaje podría ser mayor dependiendo de las series^{3,4}. Si la combinación de dos fármacos es capaz de controlar en torno a los dos tercios de pacientes hipertensos, la combinación de 3 fármacos puede conseguir que hasta el 80% de los pacientes estén controlados^{5*}.

Existen múltiples vías fisiopatológicas involucradas en el incremento de la presión arterial^{1,3}. La combinación de fármacos antihipertensivos de diferentes grupos terapéuticos puede contribuir a mejorar la acción sobre las diferentes vías fisiopatológicas³. Pero no solo esto, sino que esas combinaciones de fármacos de distintos grupos terapéuticos también van a ayudar a mitigar las respuestas compensatorias que se originan con el uso



de un único fármaco: el uso de IECA o ARAlI puede incrementar la actividad de la renina, los efectos de los diuréticos o de los BCC puede generar una activación compensatoria del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA)³. Por ello, la combinación de inhibidores del SRAA (IECA-ARAlI) con BCC y diuréticos es recomendable y tiene mayor perfil de eficacia para la reducción de la presión arterial que las combinaciones de dos fármacos^{3,4}.

Aun así, existe un número importante de pacientes que no alcanzan los objetivos terapéuticos, aunque se sabe que, en cierto modo, la falta de consecución de los objetivos terapéuticos está vinculada a la mala adherencia terapéutica^{1,2}. En este sentido cabe destacar que existe una relación inversa entre el número de comprimidos que un paciente toma al día y la adherencia¹. El tratamiento combinado de varios fármacos en una única píldora mejora la adherencia terapéutica y el control de la presión arterial y es una recomendación de las guías de práctica clínica^{1,2}. Esto también es válido cuando se requiere el uso de tres fármacos, de forma que la triple terapia antihipertensiva en un solo comprimido mejora el control de la presión arterial porque mejora el cumplimiento terapéutico, permite alcanzar rápidamente el objetivo de control y reduce la inercia del médico en la prescripción de fármacos⁶.

2. CONSIDERACIONES FINALES

El uso combinado de tres fármacos de distintos grupos terapéuticos tiene un perfil de eficacia y seguridad adecuado para el tratamiento de la hipertensión arterial^{3,4}, permitiendo el control de hasta el 80% de los pacientes hipertensos^{5*}. La administración del tratamiento triple en un único comprimido mejora el control de la presión arterial porque favorece la adherencia terapéutica y reduce la inercia del médico en la prescripción, permitiendo alcanzar el objetivo terapéutico más rápidamente y de forma segura⁶.

BIBLIOGRAFÍA:

*Basado en la experiencia clínica del Dr. Juan Luis Bonilla Palomas. Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de la Cruz.

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, *et al.* 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018 Sep 1;39(33):3021-3104. 2. 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 Jun;75(6):1334-1357. 3. Neutel JM, Smith DH. Hypertension management: rationale for triple therapy based on mechanisms of action. *Cardiovasc Ther.* 2013 Oct;31(5):251-8. 4. Düsing R, Waeber B, Destro M, Santos Maia C, Brunel P. Triple-combination therapy in the treatment of hypertension: a review of the evidence. *J Hum Hypertens.* 2017 Aug;31(8):501-510. 5. Volpe M, Christian Rump L, Ammentorp B, Laeis P. Efficacy and safety of triple antihypertensive therapy with the olmesartan/amlodipine/hydrochlorothiazide combination. *Clin Drug Investig.* 2012 Oct 1;32(10):649-64. 6. Elijovich F, Laffer C. A role for single-pill triple therapy in hypertension. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* 2009 Jun;3(3):231-40.

CVBLOGBONILLNOV23