



Vol. 11 Núm. 2  
May.-Ago. 2024  
pp 88-93

# Deprescripción en hipertensión arterial, ¿es posible? A propósito de un caso

## Deprescription in arterial hypertension, is it possible? A case report

Salvador Fonseca-Reyes,\* Miguel Alejandro Escareño-Sustaita,<sup>†,§</sup>  
Karla Fernanda Alfaro-Jacobo,<sup>‡,¶</sup> Arely Raquel González-Coronado<sup>‡,||</sup>

### RESUMEN

El tratamiento antihipertensivo no está exento de daños y en ocasiones no es fácil el equilibrio entre la prevención de complicaciones cardiovasculares y los eventos adversos asociados al tratamiento. Aunque comúnmente se aconseja prolongar la terapia de por vida, diferentes publicaciones sugieren que los medicamentos antihipertensivos pueden reducirse o retirarse gradualmente en algunos pacientes bien seleccionados y cuya presión arterial está bien controlada durante un periodo prolongado. Este proceso se denomina deprescripción y consiste en el retiro de uno o varios medicamentos problemáticos o innecesarios con la supervisión de un profesional de la salud con el objetivo de gestionar la polifarmacia y mejorar la calidad de vida y supervivencia del paciente. Presentamos el caso de un paciente con antecedente de hipertensión arterial de nueve años en tratamiento con una combinación de antihipertensivos y otros medicamentos para diabetes y dislipidemia, al cual, después de tres años de buen control de su PA y posterior reducción de peso, se le realizó deprescripción paulatina de todos sus medicamentos. En su última evaluación mantenía PA aceptable y perfil metabólico adecuado

**Palabras clave:** deprescripción, retiro de antihipertensivos, polifarmacia.

### ABSTRACT

*Antihypertensive treatment is not without harm and sometimes the balance between the prevention of cardiovascular complications and treatment associated with adverse events is not easy. Although it is commonly advised to prolong therapy for life, different publications suggest that antihypertensive medications can be reduced or be phased out in some well-selected patients whose blood pressure is well controlled over an extended period. This process is called deprescribing and consists of withdrawal of one or more problematic or unnecessary medications, supervised by a health care professional with the goal of managing polypharmacy and improving the patient's quality of life and survival. We present the case of a patient with a 9-year history of hypertension who was being treated with a combination of antihypertensives and other drugs for diabetes and dyslipidemia and who, after three years of good BP control and subsequent weight reduction, was gradually deprescribed all his medications. In his last evaluation he maintained acceptable BP and adequate metabolic profile.*

**Keywords:** Deprescribing, withdrawal of antihypertensives, polypharmacy.

### Abreviaturas:

AMPA = automedición de presión arterial.  
HO = hipotensión ortostática.  
HTA = hipertensión arterial.  
PA = presión arterial.

### INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe gran disponibilidad de diferentes antihipertensivos con probada eficacia que hacen posible un

**Citar como:** Fonseca-Reyes S, Escareño-Sustaita MA, Alfaro-Jacobo KF, González-Coronado AR. Deprescripción en hipertensión arterial, ¿es posible? A propósito de un caso. Salud Jalisco. 2024; 11 (2): 88-93. <https://dx.doi.org/10.35366/115688>

\* Profesor Investigador y Especialista en Hipertensión Arterial y Medicina Interna. Titular de la Clínica de Hipertensión. Departamento de Medicina Interna. Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. ORCID: 0000-0003-3835-0551  
<sup>†</sup> Médico Pasante en Servicio Social adscrito a la Clínica de Hipertensión. ORCID: 0009-0000-1793-8466  
<sup>‡</sup> 0009-0001-8711-0602  
<sup>§</sup> 0009-0005-8465-6844

Recibido: 23/11/2023.  
Aceptado: 31/01/2024.

adecuado control de la presión arterial (PA), que pueden prolongar la vida, en ocasiones aliviar los síntomas y, finalmente, reducir las complicaciones de la enfermedad. Sin embargo, el tratamiento con medicamentos puede ser efectivo, pero contraproducente al mismo tiempo; puede causar efectos secundarios molestos y peligrosos que obligan a suspenderlos o modificarlos con relativa frecuencia. Por otra parte, muchos pacientes hipertensos toman simultáneamente diferentes medicamentos para los cuales estos daños superan los beneficios, incluidos fármacos que alguna vez fueron aconsejables, pero que se han vuelto problemáticos por sus efectos adversos debido a la aparición de otras enfermedades o a que los objetivos de la atención han cambiado desde que se prescribieron por primera vez.<sup>1</sup> Más aún, la medicación antihipertensiva también ha sido suspendida por otros motivos, como sucedió en algunos ensayos clínicos para evaluar nuevos fármacos antihipertensivos durante las fases de preinclusión o lavado.<sup>2,3</sup> En este escenario, se observó que algunos pacientes permanecieron por debajo del umbral de PA para ingresar a la fase aleatorizada del estudio y continuaron normotensos sin tratamiento por algún tiempo. Desde hace décadas y más recientemente, investigadores han mostrado que es posible el retiro o la reducción gradual de fármacos sin afectar el nivel de control de la PA, procedimiento denominado deprescripción, el cual se define como: proceso

reflexivo y sistemático de identificar medicamentos potencialmente inapropiados para reducir su dosis o suspenderlos de una manera que sea segura, efectiva y ayude a los pacientes a maximizar su bienestar y objetivos de atención.<sup>4,5</sup> El intento de retirar los medicamentos antihipertensivos en pacientes bien seleccionados podría ser parte del manejo integral de la hipertensión arterial (HTA) puesto que reduciría los costos y riesgos del uso de estos medicamentos para mantenerlos exclusivamente en quienes realmente los necesitan.

Se presenta el caso de paciente con buena adherencia y asiduidad a sus consultas de seguimiento en quien se aplicó el proceso de deprescripción.

### CASO CLÍNICO

Hombre de 63 años, asintomático con diagnóstico de HTA de nueve años de evolución, sedentario, con obesidad grado I (peso de 90.5 kg) y tabaquismo ocasional. Inicialmente le habían prescrito losartán 50 mg combinado con hidroclorotiazida 12.5 mg durante tres años con buena adherencia, pero sin adecuado control de su HTA, así como dos medicamentos para prevención cardiovascular, pravastatina 10 mg al día y ácido acetilsalicílico 100 mg por la noche. Posteriormente, otro médico cambió sus antihipertensivos por amlodipino 5 mg y valsartán 320 mg, los cuales tomaba desde hacía tres meses

**Tabla 1:** Características de laboratorio durante el seguimiento 2019-2023.

Parámetro, (año)	2019	2020	2022	2023	2023*
Glucosa, (mg/dl)	108.0	89.0	118.0	94.0	102.0
HbA1c %	6.1	6.1	6.5	5.4	5.8
Colesterol, (mg/dl)					
Total	128.0	–	182.0	155.0	187.0
LDL	82.8	–	122.0	–	126.0
HDL	30.2	–	35.5	–	43.0
Triglicéridos, (mg/dl)	75.0	–	211.0	95.0	91.0
Potasio, (mmol/l)	4.3	3.9	4.5	3.9	4.1
Sodio, (mmol/l)	140.0	140.0	141.0	136.0	142.0
Creatinina sérica, (mg/dl)	1.1	–	0.91	–	0.8
Ácido úrico, (mg/dl)	7.1	–	6.1	–	–
Examen general de orina	Normal	–	Normal	–	Normal

LDL = *low-density lipoprotein* (lipoproteínas de baja densidad). HDL = *high-density lipoprotein* (lipoproteínas de alta densidad).

\* Última evaluación tres meses después de la deprescripción.

sin conocer con seguridad si estaba controlado. Acude a nuestra institución por cefalea moderada a intensa y edema maleolar severo que notó con el tratamiento anterior. Su PA promedio de tres mediciones fue de 121/67 mmHg con frecuencia cardiaca de 75 latidos por minuto. La exploración física no reveló alteraciones. Sus parámetros de laboratorio se muestran en la [Tabla 1](#). No tenía microproteinuria ni alteraciones en el electrocardiograma (ECG). Tres años antes, por indicación de otro médico, se había realizado un ecocardiograma y una prueba de esfuerzo que resultaron normales. Con toda la información obtenida su riesgo cardiovascular estaba en un nivel intermedio.

Debido a los efectos secundarios de amlodipino (cefalea y edema maleolar) cambiamos su prescripción por medicamentos genéricos telmisartán 80 mg con hidroclorotiazida (HCTZ) 12.5 mg y debido a su hipopotasemia agregamos 25 mg de espironolactona al día. Cuatro meses después, el potasio subió a 4.3 mmol/l, la PA sistólica y diastólica se mantuvo normal en rango de 115/120-70/75 mmHg, respectivamente, por al menos 18 meses; pero debido a discretos síntomas que sugirieron la presencia de hipotensión ortostática (HO) en una de las visitas, se redujo el telmisartán a 40 mg y la tiazida a 6.25 mg, iniciando el proceso de deprescripción. Con estas dosis, la PA siguió manteniéndose en nivel óptimo y sin HO. Para confirmar el buen control de la PA, se realizó automedición de presión arterial (AMPA) en domicilio con método estandarizado de cinco días; se logró un promedio de PA de 126/82 y su potasio se mantuvo en alrededor de 4.0-4.5 mmol/l. Después de otros 12 meses de seguimiento y permanecer asintomático con los mismos fármacos, encontramos un valor alto en una de sus hemoglobinas glucosiladas de seguimiento (6.5%), por lo que se recomendó reforzar cambios en el estilo de vida y, dado que durante toda su evolución no había logrado reducir su peso, decidimos iniciarle metformina a dosis baja y vitamina B12 (por su conocida reducción cuando se ingiere metformina). Seis meses después de haber iniciado el hipoglucemiante, en visita regular registramos una reducción de 10 kg de peso y una PA de 103/62 mmHg aunque sin HO, retiramos la tiazida, el ácido acetilsalicílico y dejamos telmisartán a dosis de 40 mg al día y espironolactona a 12.5 mg. En una automedición de presión arterial posterior (63 mediciones) dos

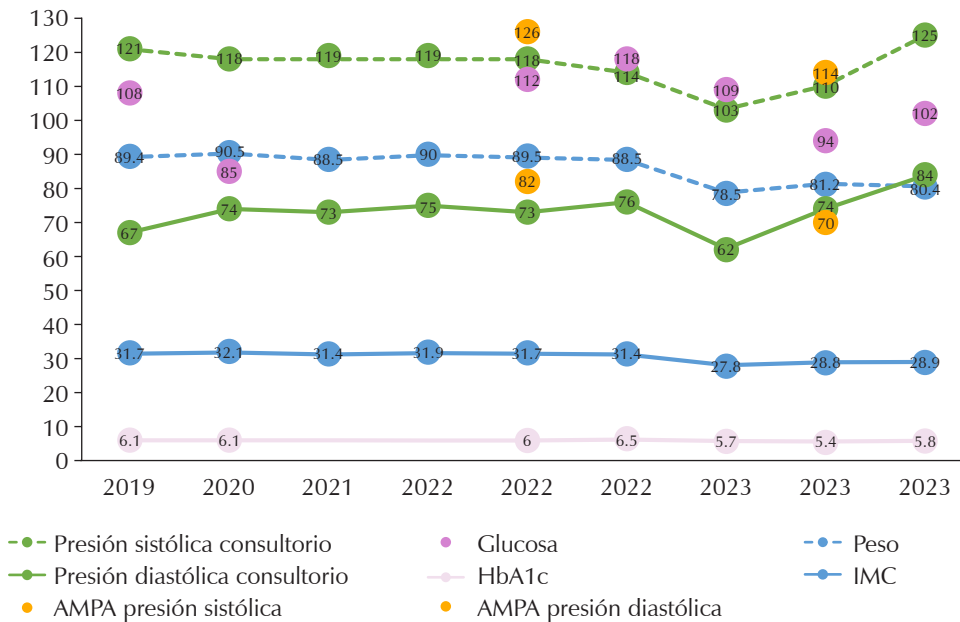
meses después, la PA registrada promedio de seis días fue de 114/74 mmHg, por lo cual se suspendió la espironolactona. Tres meses más tarde (alrededor de tres años de seguimiento) su PA de consulta seguía manteniéndose estable en 119/78 mmHg, el potasio en 3.9 mmol/l y un mejor perfil lipídico y metabólico, por lo que en decisión consensuada con el paciente retiramos todos los demás medicamentos restantes (metformina, B12, telmisartán y pravastatina). El seguimiento de valores de PA de consulta y automedición se muestran en la [Tabla 1](#). En su última evaluación, después de tres meses de la deprescripción el paciente permanece asintomático con PA de consulta y ambulatoria muy aceptable, además de perfil metabólico normal como se observa en la [Figura 1](#).

## DISCUSIÓN

Nuestro paciente tenía PA normal desde el inicio de su evaluación, pero dado que su riesgo cardiovascular fue intermedio y una historia de casi 10 años con HTA decidimos continuar el tratamiento antihipertensivo y esperar evolución. Debido al nivel óptimo de su PA con dos medicamentos bien combinados, sin síntomas de HO, pero con intolerancia al antagonista del calcio, amlodipino fue sustituido por una tiazida, considerando razonable el cambio por fármacos genéricos más una dosis baja de espironolactona por el reducido nivel de potasio.

Desafortunadamente, los individuos con HTA presentan con frecuencia otros trastornos patológicos que también requieren de una alta prescripción de fármacos específicos, como es el caso de este paciente que, además de los antihipertensivos, tomaba un hipoglucemiante (metformina), vitamina B12, ácido acetilsalicílico y pravastatina para finalmente exponerlo a la polifarmacia.<sup>6</sup> En esta situación, inevitablemente muchos pacientes presentarán efectos secundarios o interacciones medicamentosas con el consecuente daño a su salud, ya de por sí precaria en muchos de ellos, independientemente del alto costo a los servicios sanitarios.<sup>7</sup>

Aunque la medicación antihipertensiva por lo general se continúa de manera indefinida, las observaciones durante las fases de lavado en los ensayos de HTA demostraron que la deprescripción de la medicación antihipertensiva podría ser bien tolerada en una proporción considerable de personas.



**Figura 1:**

Evolución de Indicadores Clínicos y Perfil Metabólico (2019-2023)

AMPA = automedición de presión arterial. HbA1c = hemoglobina glicosilada. IMC = índice de masa corporal.

En una revisión sistemática de 66 artículos, Van der Wardt y colaboradores midieron la proporción de individuos que permanecían normotensos durante al menos seis meses o más después del cese de diferentes antihipertensivos e investigaron la seguridad de la deprescripción. Encontraron que 38, 40 y 26% permanecieron normotensos después de un seguimiento a los seis meses, uno y dos años, respectivamente.<sup>8</sup>

La deprescripción no es un procedimiento nuevo, en 1962 Irvine H. Page describió una serie de 27 pacientes con HTA en rango moderado bien controlados, a quienes les retiró todos los antihipertensivos. Con seguimiento de seis meses a cinco años alcanzó PA normal en 30% de ellos, aunque a los demás les fue regresado el tratamiento en diferentes etapas del seguimiento.<sup>9</sup> Entre esta fecha y 1994 hubo al menos 12 estudios de retiro de antihipertensivos en pacientes con edad de entre 20 y 65 años y otros seis ensayos en personas de más de 65 años con tasas similares de PA normal.<sup>10</sup> En 2003, aparece el término "deprescripción" por primera vez en un artículo publicado donde se describen sus principios esenciales: a) revisión exhaustiva de todos los medicamentos, b) identificar medicamentos que puedan ser retirados, sustituidos o reducidos, c) planear el régimen de deprescripción en acuerdo con el paciente y d) seguimiento frecuente de los resultados.<sup>4</sup>

¿Cómo elegir a un paciente para la deprescripción? En algunos estudios, los principales predictores de éxito han sido: sujetos con uno o máximo dos antihipertensivos, PA muy bien controlada y sin daño a órganos blanco.<sup>2,3,8,11</sup> A este respecto, nuestro paciente tenía su PA controlada óptimamente los últimos dos años, confirmada con el método de automedición de PA que identifica más exactamente la PA de un sujeto.<sup>12</sup> Debido a que logró una reducción importante de peso y niveles de PA estables, se decidió, conjuntamente con el paciente, continuar con la deprescripción paulatina, puesto que previamente ya se había iniciado la reducción de las dosis de antihipertensivos. No debemos olvidar que el quehacer médico debe fomentar el juicio clínico y la prescripción racional, a veces la mejor acción es dejar de recetar.

Por otra parte, es patente el desconocimiento en la comunidad médica sobre el proceso de retiro de medicamentos que se utilizan en enfermedades crónico-degenerativas de alta prevalencia (hipoglucemiantes orales, insulina, estatinas, analgésicos o antiácidos). También, es evidente la falta de orientación clínica para un adecuado desescalamiento en la prescripción; por ejemplo, las guías internacionales, incluyendo algunas nacionales, publicadas sobre tratamiento de HTA, prácticamente no se pronuncian al respecto.<sup>13-15</sup> Una excepción es la guía publicada por la Sociedad Europea para

el diagnóstico y tratamiento de HTA, la cual solo realiza una recomendación de dos párrafos sobre la deprescripción para pacientes muy ancianos con PA baja, sistólica de 120 o menos o con HO severa, principalmente en un contexto de polifarmacia y alta fragilidad.<sup>16</sup>

Si bien no existe evidencia suficiente que el discontinuar antihipertensivos tenga un efecto a largo plazo sobre la prevención primaria de la mortalidad cardiovascular, algunos pacientes con características adicionales a las ya descritas tales como: fragilidad, polifarmacia, cuando las circunstancias cambian (pacientes que reducen peso, realizan ejercicio, modifican su alimentación, etcétera) o con deterioro cognitivo, podrán beneficiarse de un programa de deprescripción en el corto y mediano plazo al reducir los efectos secundarios y las interacciones de múltiples fármacos.<sup>17,18</sup>

El proceso de deprescripción requiere un compromiso tanto del médico como del paciente para establecer un programa óptimo de reducción de dosis, la toma de decisiones compartida y una comunicación estrecha en una cultura médica que históricamente ha estado más orientada a agregar medicamentos que a reducirlos o suspenderlos.<sup>19</sup> Los médicos deben considerar la deprescripción como una intervención terapéutica similar a iniciar una terapia clínicamente apropiada. Es necesario resaltar que en el proceso de deprescripción se deben considerar las perspectivas del paciente sobre los objetivos de la terapia y las preferencias y prioridades para retardar la progresión de la enfermedad y prevenir el deterioro de la salud.<sup>19,20</sup> El paciente debe aceptar que suspender o reducir el tratamiento no incluye dejar las medidas no farmacológicas, sino que deben continuar, pero con el incentivo adicional de que pueden ser suficientes para mantener la PA y el riesgo cardiovascular en los niveles objetivo.

## REFERENCIAS

1. Moonen JE, Foster-Dingley JC, de Ruijter W, van derGrond J, de Craen AJ, van der Mast RC. Effect of discontinuation of antihypertensive medication on orthostatic hypotension in older persons with mild cognitive impairment: The DANTE Study Leiden. *Age Ageing*. 2016;45:249-255.
2. Nelson MR, Reid CM, Krum H, McNeil JJ. A systematic review of predictors of maintenance of normotension after withdrawal of antihypertensive drugs. *Am J Hypertens*. 2001;14:98-105.
3. Nelson MR, Reid CM, Krum H, Ryan P, Wing LM, McNeil JJ. Short-term predictors of maintenance of normotension after withdrawal of antihypertensive drugs in the second Australian National Blood Pressure Study. *Am J Hypertens*. 2003;16:39-45.
4. Woodward MC. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. *J Pharm Pract Res*. 2003;33:323-328.
5. Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of "deprescribing" with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80:1254-1268.
6. Pravodelov V. Thoughtful prescribing and deprescribing. *Med Clin North Am*. 2020;104:751-765.
7. Fravel MA, Ernst M. Drug interactions with antihypertensives. *Curr Hypertens Rep*. 2021;23:14.
8. Van Der Wardt V, Harrison JK, Welsh T, Conroy S, John Gladman J. Withdrawal of antihypertensive medication: a systematic review. *J Hypertens*. 2017;35:1742-1749.
9. Page IH. Persistence of normal blood pressure after discontinuing treatment in hypertensive patients. *Circulation*. 1962;25:433-436.
10. Froom J, Trilling JS, Yeh SS, Gomolin IH, Filkin AM, Grimson RC. Withdrawal of antihypertensive medications. *J Am Board Fam Pract*. 1997;10:249-258.
11. Sheppard JP, Benetos A, McManus RJ. Antihypertensive deprescribing in older adults: a practical guide. *Curr Hypertens Rep*. 2022;24:571-580.
12. Espeland MA, Whelton PK, Kostis JB, Bahnson JL, Ettinger WH, Cutler JA, et al. Predictors and mediators of successful long-term withdrawal from antihypertensive medications. TONE Cooperative Research Group. Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly. *Arch Fam Med*. 1999;8:228-236.
13. Khoong EC, Commodore-Mensah Y, Lyles CR, Fontil V. Use of self-measured blood pressure monitoring to improve hypertension equity. *Curr Hypertens Rep*. 2022;24:599-613.
14. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: executive summary: *J Am Coll Cardiol*. 2018;71:1269-1324.
15. Directriz para el tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos [Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
16. Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021 [26/02/2021].
17. Mancia G, Reinhold K, Brunstrom, 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: *J Hypertens*. 2023;41:1874-2071
18. Raghunandan R, Howard K, Ilomaki J, Hilmer SN, Gnjidic D, Bell JS. Preferences for deprescribing antihypertensive medications amongst clinicians, carers and people living with dementia: a discrete choice experiment. *Age Ageing*. 2023;52:1-10.

19. Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. Polypharmacy: evaluating risks and deprescribing. *Am Fam Physician*. 2019;100:32-38.
20. Reeve E, Jordan V, Thompson W, Sawan M, Todd A, Gammie TM, et al. Withdrawal of antihypertensive drugs in older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;6(6):CD012572.

**Aspectos éticos y consentimiento informado:** los autores declaran que en este artículo se respeta la confidencialidad del paciente

y se otorgó por parte del mismo la firma de consentimiento informado para la publicación del caso.

**Conflicto de intereses:** los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**Correspondencia:**

**Salvador Fonseca-Reyes**

**E-mail:** lashmexsfr@gmail.com