

La hipertensión arterial, un factor de riesgo que no sólo afecta a los hipertensos

La hipertensión arterial (HTA), y especialmente su control, se está convirtiendo en los últimos años en uno de los objetivos sanitarios más importantes dentro de las actividades de prevención primaria en los países occidentales. Esto es así por la evidencia acumulada respecto al papel que la HTA tiene en la aparición de complicaciones cardiovasculares, que suponen aún la primera causa de mortalidad en estos países. Este hecho preocupa tanto a los sanitarios como a los ciudadanos y, en consecuencia, a los gestores y políticos. Por otro lado, el control de la HTA está de actualidad gracias a, por fortuna, creciente evidencia respecto a los efectos beneficiosos de hacer descender las cifras de la presión arterial (PA). Este beneficio es superior en los pacientes con un mayor riesgo cardiovascular. La estratificación del riesgo cardiovascular de cada hipertenso en función de las cifras de la PA, de la presencia o ausencia de lesión de órganos diana, trastornos clínicos asociados, diabetes y otros factores de riesgo permite individualizar la actitud terapéutica y los objetivos a conseguir, siempre desde una intervención multifactorial.

Desde el punto de vista operativo se establecen unas cifras de PA objetivo que se deben obtener (inferiores a 140/90 mmHg). El descenso de la PA debe ser mayor en caso de existir otros factores de riesgo asociados (diabetes mellitus) o enfermedad clínica concomitante (insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica).

Hace tiempo que la HTA dejó de ser un asunto del que sólo hablaban los profesionales sanitarios para pasar a ser tema de conversación y, consecuentemente, de sensibilización por parte de los usuarios, y ese cambio, aunque puede haber llevado a una cierta banalización, ha supuesto también una mejora en el porcentaje de pacientes que conocen que son hipertensos, que reciben tratamiento y que consiguen mantener sus cifras por debajo de los límites considerados aceptables en cada momento. Sin embargo, a pesar de esta mejora seguimos estando lejos de los objetivos deseables en lo que se refiere al óptimo control de la PA. Hay aún un porcentaje excesivamente elevado de personas que siguen teniendo cifras de PA que suponen para ellas un riesgo elevado de presentar enfermedad cerebrovascular y cardiovascular, y no tiene justificación actualmente permitir que mantengan esas cifras, sin ensayar todas las estrategias de las que disponemos.

Son diversos los factores en los que podemos y debemos actuar para mejorar el grado de control en la población hipertensa atendida en atención primaria, entre otros:

1. Los mismos profesionales sanitarios que, ya sea en la consulta médica o de enfermería, en ocasiones procedemos a seguir de forma continua en el tiempo al paciente sin efectuar ningún tipo de modificación terapéutica relevante¹ a pesar de no obtener una respuesta adecuada en los objetivos de PA prefijados, al igual que sucede en otras ocasiones con distintos factores de riesgo. Diversos trabajos realizados en nuestro país evidencian el alto porcentaje de hipertensos en los que se mantiene la monoterapia (aumentando o no la dosis o simplemente cambiando una y otra vez de grupo farmacológico) a pesar de no obtener el descenso tensional prefijado. Es conocido que en la mayoría de los ensayos clínicos ha sido preciso asociar uno o dos fármacos más al administrado inicialmente para obtener una «suficiente» reducción de los valores de PA. En el caso de la diabetes mellitus, el número de fármacos precisos para conseguir un control más estricto es aún mayor².

2. Los pacientes hipertensos: el cumplimiento terapéutico es un factor fundamental para asegurar una adecuada respuesta³. Los potenciales beneficios del tratamiento antihipertensivo desaparecen en su mayor parte cuando el individuo no cumple las indicaciones prescritas. Hoy día es inaceptable, en la HTA, al igual que sucede en otras múltiples situaciones, no investigar el cumplimiento terapéutico. La detección y corrección de aquellos factores que hayan influido negativamente en el mismo deben ser una tarea prioritaria. Es imprescindible explicar a la persona hipertensa que se trata de un factor de riesgo, no de una enfermedad, simplificar el régimen terapéutico, indicarle que precisa de un seguimiento crónico y facilitarlo; en definitiva, hacer copartícipe al hipertenso en las decisiones de todos aquellos aspectos que le afecten en su cuidado y seguimiento.

3. La Administración (aquí estaríamos todos): cuántas veces se evalúa y compara a los distintos profesionales sanitarios más por objetivos de proceso que de resultados. Un mejor cumplimiento de los objetivos de proceso no es una condición *sine qua non* para obtener unos mejores resultados⁴. Cuántas veces se sigue un criterio puramente econo-

micista, de ahorro en la prescripción farmacéutica, en vez de cumplimiento de objetivos de salud.

¿Es posible y aceptable, por ejemplo, mantener a un paciente hipertenso y diabético, en el año 2002 y en nuestro país, a 152/90 mmHg con 12,5 mg de hidroclorotiazida?, aparte, lógicamente, de las pertinentes modificaciones del estilo de vida. Es preciso, recomendable y ética y profesionalmente exigible, como se ha comentado anteriormente, recurrir a la asociación de diversos fármacos para conseguir acercarnos al beneficio demostrado en diversos ensayos clínicos.

En cuanto a las cuestiones de qué fármaco es recomendable utilizar inicialmente, qué fármacos es más conveniente asociar y cuáles son las evidencias demostradas de diferentes grupos farmacológicos, consideramos que merecen otro editorial, si bien el futuro debate no debe apartarnos de estos primeros aspectos que apuntamos inicialmente.

Los profesionales de atención primaria, tanto el personal médico como el de enfermería, ocupan un lugar fundamental en el sistema sanitario. Una adecuada y estratégica intervención en todos los niveles deberá permitir una mejora en los resultados de salud: una mejora no tan sólo en

el cribado de los distintos factores de riesgo, y entre ellos la HTA, sino también en los resultados, lo que implicará acercarnos cada vez más a las cifras de PA objetivo y, en definitiva, un descenso del riesgo cardiovascular.

A. Bonet, A. Dalfó y M.I. Egocheaga

Grupo de trabajo en Hipertensión Arterial. semFYC.

Bibliografía

1. Berlowitz DR, Arlene S, Hickey E, Friedman R, Glickman M, Kaeder V, et al. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. *N Engl J Med* 1998;339:1957-63.
2. UK Prospective Diabetes Study Group. High blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ* 1998;317:703-13.
3. Márquez E, Casado JJ, De la Figuera M, Gil V, Martell M. El incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España. Análisis de los estudios publicados entre 1984 y 2001. *Hipertensión* 2002;19:12-6.
4. Dalfó A, Sisó A, Vila MA, Núñez S, Botinas M, Gibert E. Indicadores de proceso e indicadores de resultado en el control de la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 2000;26:666-9.