

Importancia de tratar adecuadamente la hipertensión arterial

Luis Rodríguez Padial

Servicio de Cardiología. Instituto de Ciencias Cardiovasculares. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Desde los resultados iniciales del estudio de Framingham se ha relacionado la HTA con el desarrollo de enfermedad arterial coronaria en cualquiera de sus manifestaciones clínicas, lo que ha sido confirmado en otros estudios observacionales. De igual forma, se ha observado una importante asociación de la HTA con la insuficiencia cardíaca, el accidente vascular cerebral y la insuficiencia renal. La mayoría de los casos de insuficiencia cardíaca en nuestro medio están relacionados con la HTA, sola o asociada a cardiopatía isquémica.

Clásicamente, se han dividido las complicaciones relacionadas con la HTA en hipertensivas y ateroscleróticas. Las primeras están relacionadas de forma más directa con las cifras de la presión arterial, como la insuficiencia cardíaca, el accidente vascular cerebral hemorrágico y la insuficiencia renal. Las segundas, por el contrario, dependen del desarrollo de la aterosclerosis y, por tanto, no guardan una relación tan directa con las cifras de la presión arterial, dado que hay otros factores que también desempeñan un papel significativo. Entre estas últimas se encuentra la cardiopatía isquémica con cualquiera de sus manifestaciones clínicas, angina, infarto o muerte súbita. Como puede observarse, la HTA está directamente relacionada con las principales causas de mortalidad cardiovascular en los países occidentales y, muy en particular, con el único síndrome cardiovascular cuya incidencia continúa en aumento en nuestro medio: la insuficiencia cardíaca.

La relación entre la elevación de las cifras de la presión arterial y el daño cardíaco ha intrigado a los científicos desde hace años. Numerosos autores han contribuido a esclarecer los mecanismos por los que la HTA produce aumento de la masa miocárdica, fibrosis intersticial y fallo ventricular. De esta forma, ha quedado establecido con claridad que los factores hemodinámicos no son los únicos relacionados con la hipertrofia

cardíaca en la HTA, y que hay factores genéticos y neurohumorales que ejercen un papel fundamental. Obviamente, este conocimiento es esencial para poder contrarrestar el efecto nocivo de la HTA.

La batalla contra la HTA hace años que comenzó. En las últimas décadas, numerosos estudios han demostrado que el tratamiento de la HTA disminuye la mortalidad cardiovascular de forma significativa¹. Los fármacos clásicos, como los diuréticos y los betabloqueadores, han demostrado su capacidad para disminuir la morbilidad cardiovascular, especialmente la relacionada con el accidente vascular cerebral y con la insuficiencia cardíaca. Su efecto sobre la cardiopatía isquémica ha sido menor que el esperado por la reducción obtenida de las cifras de la presión arterial, lo que durante años ha levantado un acalorado, y a veces confuso, debate orientado a aclarar las posibles causas de esta discrepancia. Una causa probable, de las varias posibles, podría ser el efecto negativo de los fármacos clásicos sobre otros factores de riesgo cardiovascular, como los lípidos plasmáticos o la glucemia, lo que lógicamente podría afectar de forma negativa a la aterosclerosis. En mi opinión, lo mejor de este debate ha sido el nacimiento del concepto del tratamiento integral del paciente hipertenso, según el cual deben tratarse todos los factores de riesgo cardiovascular del paciente para producir un impacto positivo sobre la mortalidad cardiovascular. De hecho, esta estrategia es la que se ha instalado en las últimas recomendaciones internacionales².

Numerosos grupos farmacológicos se han incorporado en los últimos años al tratamiento de la HTA. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los antagonistas del calcio y los alfabloqueadores han demostrado que son capaces de controlar la presión arterial de forma efectiva, sin afectar negativamente o modificando positivamente los otros factores de riesgo cardiovascular. Aunque han demostrado que son capaces de disminuir la hipertrofia ventricular y de mejorar la función renal, lo cierto es que sólo hasta muy recientemente no hemos tenido información sobre su capacidad para reducir, en la mayoría de los casos, la morbilidad cardiovascular, el objetivo último del tratamiento de la HTA³. Éste, obviamente, es un terreno en el que necesitamos mayor y mejor información, y en el que en el futuro próximo contaremos con el re-

Correspondencia: Dr. L. Rodríguez Padial.
Servicio de Cardiología. Instituto de Ciencias Cardiovasculares.
Hospital Virgen de la Salud.
Avda. Barber, 30. 4500 Toledo.

sultado de más estudios que ayudarán a clarificar la situación.

Algunas de las ventajas de estos nuevos grupos farmacológicos son una mejor tolerancia por parte del paciente, fundamental en un tratamiento preventivo como el de la HTA, y la posibilidad de conseguir, mediante asociaciones de fármacos, reducciones más notables de la presión arterial. Gracias a ello, hemos sabido que puede obtenerse un control adecuado de la presión arterial en la mayoría de los hipertensos y que no hay peligro, como hasta hace poco se pensaba, sino beneficios, en obtener cifras óptimas de presión arterial en pacientes hipertensos con complicaciones o enfermedades asociadas⁴. Algunos grupos farmacológicos han demostrado ser especialmente útiles en subgrupos concretos de pacientes, como los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina o los betabloqueadores en la insuficiencia cardíaca. Además, algunos fármacos parecen tener ventajas adicionales a la reducción de la presión arterial en pacientes de alto riesgo, como ha demostrado recientemente el estudio HOPE⁵.

Mientras esperamos nuevos avances, las directrices internacionales, al igual que las de la Sociedad Española de Cardiología⁶, establecen claros objetivos terapéuticos y criterios de actuación. Pero algo falla en la estrategia de control de la HTA, porque quien realmente debe tomar la iniciativa, el médico clínico que diagnostica y trata a pacientes hipertensos, no acaba de llevar a cabo su labor con el interés, la dedicación y la intensidad que ésta necesita.

En este mismo número de la REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA se presenta el artículo titulado «Impacto de la hipertensión en las cardiopatías en España. Estudio CARDIOTENS 1999»⁷, en el que se revisa la situación actual del tratamiento de la HTA en los pacientes con cardiopatías en nuestro país. Los datos referentes al tratamiento de la HTA, y al de las cardiopatías asociadas, que encuentran los autores son, ciertamente, desalentadores. Comprobar que, de los pacientes estudiados, sólo el 47% de los hipertensos con insuficiencia cardíaca toma un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina, que sólo el 32% de los pacientes hipertensos con cardiopatía isquémica recibe tratamiento con un betabloqueador y que sólo el 25% de los hipertensos con fibrilación auricular está anticoagulado debe llevarnos a todos a una seria reflexión. Aunque el estudio presenta algunas limitaciones metodológicas, como los propios autores reconocen en su trabajo, y probablemente estas cifras pueden cambiar en distintas poblaciones, lo cierto es que señala un problema ciertamente grave. Aunque obviamente habrá diversas razones para justificar que el tratamiento más adecuado no se aplique al total de los pacientes (contraindicaciones, intolerancia por parte del paciente, etc.), lo cierto es que las cifras son tan llamativas que indican con claridad que un gran número de pa-

cientes están siendo privados de terapias que han demostrado ser efectivas en la reducción de la morbilidad y la mortalidad. Además, la mayoría de los pacientes hipertensos tratados no están adecuadamente controlados, lo que resulta más llamativo si tenemos en cuenta que los pacientes incluidos en este análisis presentan alguna cardiopatía asociada.

Obviamente, éste no es un problema específico de España. Lo cierto es que se trata de un hallazgo frecuente en todos los países que analizan el problema^{8,9}, y que ha sido constatado también en Estados Unidos, donde el porcentaje de pacientes controlados ha decaído en el último informe NHANES con respecto a los previos.

Unos resultados tan desalentadores obligan, como he indicado previamente, a realizar una reflexión sobre las posibles causas. Aunque es sabido que los pacientes dejan, con frecuencia, de tomar los tratamientos prescritos, considero que es responsabilidad nuestra, de los profesionales sanitarios, prescribir los fármacos apropiados y adoptar estrategias que faciliten el seguimiento del tratamiento por parte de los pacientes. Probablemente, la difusión del uso de la medida domiciliaria de la presión arterial con dispositivos automáticos pueda contribuir a conseguir un mejor control de la HTA en el futuro.

Creo, no obstante, que la mayor parte de la responsabilidad de esta situación es de los profesionales sanitarios encargados de controlar a estos pacientes. De hecho, un informe reciente de nuestro país señala que el 80% de los médicos no modifica el tratamiento antihipertensivo cuando comprueba que su paciente hipertenso no está adecuadamente controlado. No extraña, por tanto, que con actitudes de este tipo no consigamos el control adecuado de la presión arterial en la mayoría de los hipertensos, objetivo que puede conseguirse en la inmensa mayoría de los casos.

Queda, por tanto, una ingente labor de formación del personal sanitario. Labor en la que, dado el elevado número de hipertensos existente, todos los profesionales sanitarios estamos llamados a intervenir, y muy especialmente los cardiólogos, al ser la HTA un importante factor de riesgo cardiovascular. Considero que es responsabilidad de la Sociedad Española de Cardiología mejorar la formación de los cardiólogos en el diagnóstico y tratamiento de la HTA, dado que, como se demuestra en el artículo al que hace referencia este editorial, no actuamos mejor que los médicos de atención primaria en el control de la presión arterial. Quizá deba replantearse la formación de los médicos residentes en cardiología, ya que considero que su formación, en este aspecto, es manifiestamente mejorable. Algo parecido ocurre en el resto de las estrategias de la cardiología preventiva.

En este sentido, la edición de las guías de práctica clínica con capítulos dedicados a la cardiología preventiva, y en especial a la HTA, es un primer paso. Pero sólo es eso, un primer paso. Son necesarios los siguientes, pues únicamente con ellos se recorrerá el

largo camino que tenemos por delante. Por tanto, considero imprescindibles labores de difusión de estas guías y de formación de los profesionales sanitarios en el control de la presión arterial.

Como ocurre en otras muchas circunstancias, creo que en este caso podemos tener al enemigo dentro, en nuestra actitud. Los cardiólogos estamos entrenados para resolver problemas «más graves», con frecuencia vitales, y a menudo consideramos que el control de los factores de riesgo carece de la suficiente importancia como para dedicarle nuestro valioso tiempo. Batallamos de forma loable por proporcionar a nuestros pacientes el acceso a la tecnología más sofisticada, al objeto de conseguir el mejor tratamiento, y olvidamos medidas sencillas que han demostrado tener importante impacto en la morbimortalidad de la población. Más importante aún, olvidamos que ésta, y no otra, parece ser la «marca» de la excelencia. Como han indicado Radford et al¹⁰, los mejores hospitales americanos se distinguen del resto, algunos de los cuales tienen la misma dotación tecnológica del máximo nivel, no en el uso de esta tecnología, sino, curiosamente, en el porcentaje de pacientes que tras un infarto de miocardio son tratados con aspirina y betabloqueadores, con lo que consiguen una reducción de la mortalidad de un 23% con respecto a los otros centros. Las cosas pequeñas no son, necesariamente, pequeñas cosas.

Ante estos datos, creo que los cardiólogos, y todos los profesionales sanitarios, debemos, además de conocer el valor del tratamiento de la HTA, tener el valor, y la responsabilidad, de tratar adecuadamente a los pacientes hipertensos que acuden a nosotros en busca de cuidado. Sólo con actitudes como ésta, en el tratamiento de la HTA y en otros aspectos de la medicina, daremos pasos reales hacia la excelencia.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a los Dres. Alcalá López y Fernández de Bobadilla sus comentarios y sugerencias sobre este manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, Eberlein KA et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2. Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827-838.
2. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2313-2446.
3. Hansson L, Hedner T, Lund Johansen P, Kjekshus E, Lindholm LH, Syvertsen JO et al, for the NORDIL group. Randomized trial of effects of calcium antagonists compared with diuretics and B-blockers on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Nordic Diltiazem (NORDIL) study. *Lancet* 2000; 356: 359-365.
4. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Elmfeldt D, Julius S et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet* 1998; 351: 1755-1762.
5. Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med* 2000; 342: 145-153.
6. Lomera Romero F, Barrios Alonso V, Soria Arcos F, Placer Peralta L, Cruz Fernández JM, Tomás Abadal L et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 66-90.
7. González Juanatey JR, Alegría Ezquerro E, Lozano Vidal JV, Llisterri Caro JL, García Acuña JM, González Maqueda I. Impacto de la hipertensión en las cardiopatías en España. Estudio CARDIOTENS 1999. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 139-147.
8. Berlowitz DR, Ash AS, Hickey EC, Friedman RH, Glickman M, Kader B. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. *N Engl J Med* 1998; 339: 1957-1963.
9. Ibrahim SA, Kwok CK. Underutilization of oral anticoagulant therapy for stroke prevention in elderly patients with heart failure. *Am Heart J* 2000; 140: 219-220.
10. Radford CH, Wang V, Marciniak TA, Krumholz H. Do «America's Best Hospitals» perform better for acute myocardial infarction? *N Engl J Med* 1999; 340: 286-292.