

La hipertensión en atención primaria: ¿conocemos la magnitud del problema y actuamos en consecuencia?

Vicente Bertomeu y Juan Quiles

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante. España.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en occidente y la mayor parte de sus causas son conocidas y modificables. La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular modificable más frecuente y se estima que causa un 6% de muertes en el ámbito mundial. La reducción de las cifras de presión arterial por debajo de los valores recomendados (< 140/90 mmHg) podría reducir un 50% la aparición de eventos cardiovasculares. Además, en presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, especialmente la diabetes mellitus, el control tanto de la presión arterial como del resto de factores de riesgo cardiovascular se hace aún más importante debido a que la asociación de HTA y diabetes mellitus incrementa de forma notable el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, afección renal o retinopatía diabética. Este hecho se ha recogido en las últimas guías de actuación¹⁻⁵, en las que los diabéticos se equiparan con los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida en términos de prevención y control; por tanto se incluyen en la categoría de alto riesgo. En estos pacientes se establecen unos límites inferiores a los de la población no diabética, tanto para el control de la presión arterial como para las cifras de colesterol.

Sin embargo, a pesar de que cada vez son más numerosas las evidencias que apoyan un buen control de la presión arterial, de la hipercolesterolemia y de la diabetes como medio de prevención de enfermedades cardiovasculares, y de que disponemos de un amplio y eficaz arsenal terapéutico, el insuficiente control de

los factores de riesgo en la población general continúa siendo un importante problema de salud.

En Europa, los registros realizados durante la pasada década en los distintos países⁶ encontraron una elevada prevalencia de HTA en la población europea (en España, en la población de 35-64 años la prevalencia fue del 47%). Con estos datos llamaba la atención el escaso número de pacientes tratados, que en España era del 27%, y especialmente el reducido porcentaje de pacientes con un buen control de las cifras de presión arterial (el 18,7% de los hipertensos tratados tenía cifras de presión arterial < 140/90 mmHg).

SITUACIÓN ACTUAL

En el presente número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA se presentan dos registros realizados en el ámbito de la atención primaria que nos dan una idea acerca del panorama actual respecto a la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población general atendida en atención primaria⁷ y en la población > 65 años⁸. En el estudio de Baena et al⁷ realizado en un único centro de salud urbano, el 57,9% de los pacientes evaluados presentaba al menos un factor de riesgo cardiovascular modificable, siendo los más frecuentes el tabaquismo y la HTA, con cerca de un 35% de prevalencia. Además, hasta el 10% de la población evaluada presentaba enfermedad cardiovascular y constituye una población de especial riesgo en la que se deben implantar las medidas de prevención secundaria.

Aunque la prevalencia de HTA comunicada en este estudio es inferior que la del registro europeo, las cifras concuerdan con registros españoles similares desarrollados en el ámbito de la atención primaria. El grado de control de la presión arterial, aunque ha experimentado en estos últimos años una cierta mejoría, sin embargo continúa siendo bajo. En el estudio PRESCAP 2002⁹, realizado en una población de pacientes hipertensos tratados farmacológicamente y atendidos en atención primaria, se observó un buen control de la presión arterial en tan sólo el 36,1% de los pacientes. Los datos son similares en el estudio

VÉASE ARTÍCULOS EN PÁGS. 359-66 Y 367-73

Correspondencia: Dr. V. Bertomeu Martínez.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan.
Ctra. Nacional 332 Alicante-Valencia, s/n. 03550 San Juan. Alicante.
España.
Correo electrónico: bertomeu_vic@gva.es

Full English text available at: www.revespcardiol.org

publicado en el número actual y referido a la población de hipertensos ≥ 65 años⁸.

Prevalencia de los factores de riesgo en la población anciana

De acuerdo con los grandes estudios epidemiológicos, en los trabajos publicados en el presente número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, la población anciana es la que acumula el mayor riesgo cardiovascular. La prevalencia de factores de riesgo aumenta con la edad, con la única excepción del tabaquismo, que en los últimos años se está incrementando en la población joven, especialmente en mujeres. En la población > 60 años, la prevalencia de HTA supera el 65%¹⁰ y los datos presentados confirman esta elevada prevalencia⁷. Igualmente, la prevalencia de enfermedad cardiovascular presenta un incremento progresivo con la edad, de tal forma que el 68,3% de las enfermedades cardiovasculares se detectó en sujetos ≥ 65 años.

A pesar de tratarse de una población de mayor riesgo, el control de los factores de riesgo y, especialmente de la presión arterial, es insuficiente. En el subanálisis de PRESCAP⁸, el grado de control obtenido en esta población es del 33,5% y disminuye conforme se incrementan los factores de riesgo asociados; así, tan sólo el 12,9% de los diabéticos > 65 años tenían unas cifras de presión arterial por debajo de los valores que los autores establecen como recomendados, de 130/85 mmHg. A pesar de este insuficiente control, más de la mitad de estos pacientes son tratados únicamente con un fármaco y en los pocos casos en los que el médico modificó la actitud terapéutica tras detectar un mal control de la HTA (17,5%), la actitud más frecuente fue la sustitución del fármaco antihipertensivo. Por otra parte, los pacientes con un mayor número de fármacos son los que peor control de la HTA tienen, con tan sólo un 25,7% de control en los pacientes tratados con terapia combinada de 3 fármacos. Este último dato merece una reflexión, ya que probablemente nos está indicando que se trata de una población de especial riesgo en la que, a pesar de una terapia combinada, no se consigue un adecuado control de la presión arterial. Además, probablemente en este grupo se incluye a pacientes con una larga evolución de la enfermedad, con asociación de otros factores de riesgo que han dado lugar a alteraciones estructurales en la pared arterial que hacen muy difícil conseguir un adecuado control de las cifras de presión, especialmente de la sistólica. Una conclusión que se podría extraer de estos hechos es la necesidad de un mayor uso de tratamiento combinado con varios fármacos, ya que la mayoría de los pacientes no puede ser controlada con monoterapia. Por otra parte, se debería ser más agresivo en el control tensional en fases más iniciales de la enfermedad y utilizar fármacos que frenen el daño en la pared arterial.

Importancia de la diabetes mellitus

La diabetes mellitus está alcanzando proporciones de auténtica epidemia, probablemente favorecida por la obesidad y el sedentarismo. En España, se ha estimado una prevalencia de obesidad del 14,5% en la población adulta y hasta un 39% de sobrepeso, con un incremento progresivo con la edad¹¹. La prevalencia de diabetes en el momento actual se asemeja a la de la obesidad, con un 15,8% en el registro presentado⁷ y, asimismo, aumenta en relación con la edad, llegando a unas cifras cercanas al 30% en los pacientes > 65 años^{7,8}. Estas cifras de diabetes contrastan con las ofrecidas en registros previos, en los que la prevalencia estaba en torno a un 6%. En parte esto puede ser debido a la aplicación de los nuevos criterios diagnósticos de diabetes, pero probablemente también refleje una tendencia debida al envejecimiento, la pérdida de hábitos saludables y el aumento de la obesidad en la población. Hay que tener en cuenta además que estas cifras se han obtenido sin la realización de pruebas, como el test de sobrecarga oral de glucosa, por lo que la dimensión real del problema todavía no se ha averiguado.

Los diabéticos son una población considerada de alto riesgo cardiovascular y, además, presentan con frecuencia otros factores de riesgo asociados. La HTA es una comorbilidad frecuentemente asociada con la diabetes y, así, entre los hipertensos de cualquier edad, la prevalencia de diabetes encontrada es del 21,6%. A pesar de que en este grupo de pacientes se ha demostrado la importancia de las medidas de prevención primaria, la probabilidad de obtener un buen control de la presión arterial en los estudios presentados en este número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA es 4,6 veces menor que en la población no diabética.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Hay una importante discrepancia entre las recomendaciones derivadas de estudios basados en la evidencia y la actuación en la vida real. Los estudios presentados nos muestran la elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en nuestros pacientes y, de forma concreta, cómo se está manejando la HTA en el ámbito de la atención primaria. La conclusión que puede extraerse y que nos debe hacer reflexionar es que, al menos en el caso de la HTA, no se está actuando correctamente, ya que tratamos «poco, mal y tarde». Ambos estudios detectan una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, especialmente HTA, que se incrementa con la edad y que se está manejando sobre todo con monoterapia a pesar de no obtenerse un control satisfactorio de la presión arterial. Además, tan sólo en el 17,2% de los casos en los que el médico objetivó HTA no controlada (en un paciente con tratamiento antihipertensivo), éste optó por modificar la conducta terapéutica y, por

tanto, la mayoría de los pacientes permaneció con un tratamiento antihipertensivo insuficiente. Podría especularse como una posible justificación de este hecho que un porcentaje probablemente significativo de pacientes no controlados presente valores de presión arterial muy próximos al objetivo terapéutico de 140/90 mmHg y, por tanto, el médico no modifique el tratamiento teniendo en cuenta el hecho conocido de que la toma casual de la presión arterial en el consultorio médico puede sobrestimar las cifras reales por un efecto de bata blanca¹². Otra explicación la podemos encontrar en la falta de conocimiento, falta de aplicación o discrepancias con las guías de actuación por una parte importante de los profesionales sanitarios implicados. Las guías marcan las directrices que se deben seguir basándose en las evidencias obtenidas en los estudios aleatorizados. Sin embargo, para su correcta aplicación es necesario en primer lugar difundirlas y conocerlas. Para conseguir esto sería necesario aumentar la comunicación y la colaboración entre todas las especialidades médicas involucradas en el control de estos pacientes, además de introducir cambios en la estructura organizativa de tal forma que se logre una optimización de los recursos.

Además, los estudios en los que se basan las guías suelen seleccionar a una población de alto riesgo con enfermedad aterosclerótica establecida, por lo que cabría esperar que los beneficios fueran mayores si incidiéramos en los factores de riesgo, especialmente la HTA, con medidas de prevención en las fases más iniciales de la enfermedad mediante el empleo farmacológico de grupos terapéuticos con efectos beneficiosos en la progresión de la enfermedad de la pared vascular. Por tanto, se precisan estudios en los que se aborden de forma global los factores de riesgo modificables y la forma en que se está incidiendo en ellos para que podamos identificar y modificar los problemas que impiden una actitud integral de prevención y tratamiento de la enfermedad cardiovascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clinical Practice Recommendations 2005. *Diabetes Care*. 2005; 28 Suppl 1:S1-79.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*. 2003;42:1206-52.
3. Grundy SM, Cleeman JJ, Merz CN, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation*. 2004;110:227-39.
4. Bertomeu V. Guías sobre el tratamiento de la hipertensión arterial 2003: ¿aclaran o confunden? *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:940-3.
5. González-Juanatey JR, Mazon RP, Soria AF, Barrios A, Rodríguez PL, Bertomeu V. Actualización (2003) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:487-97.
6. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H, Banegas JR, Giampaoli S, Joffres MR, et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension*. 2004;43:10-7.
7. Baena Díez JM, Del Val García JL, Tomás Peregrina J, Martínez Martínez JL, Martín Peñacoba R, González Tejón I, et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:367-73.
8. Rodríguez Roca GC, Artigao Ródenas LM, Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Banegas Banegas JR, Lou Arnal S, et al. Control de la hipertensión arterial en la población española de 65 o más años asistida en atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:359-66.
9. Llisterri Caro JL, Rodríguez Roca GC, Alonso Moreno FJ, Lou Arnal S, Divison Garrote JA, Santos Rodríguez JA, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2002. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:165-71.
10. Banegas R, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, De la Cruz-Troca JJ, et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. *J Hypertens*. 2002;20:2157-64.
11. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L, Ribas Barba L, Quiles Izquierdo J, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:608-12.
12. Villalba AF, Lapetra PJ, Mayoral SE, Espino MA, Cayuela DA, López Chozas JM. Estudio mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial del efecto de bata blanca en hipertensos tratados y controlados en atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:652-60.