

Perfil clínico y grado de control de la presión arterial de la población hipertensa asistida en atención primaria en España: ¿hay diferencias entre la población joven y la más mayor?

Clinical Profile and Blood Pressure Control in Patients Managed in Primary Care in Spain: Are There any Differences Between the Young and the Old?

Sra. Editora:

Aunque el envejecimiento de la población es en gran parte la causa del aumento de la prevalencia global de hipertensión arterial, los cambios en el estilo de vida (sedentarismo, obesidad, aumento de sal en la dieta, etc.) han hecho que también haya cada vez más hipertensos a edades más tempranas¹.

Así, parece necesario analizar específicamente cómo es el manejo y el grado de control de la presión arterial (PA) de este grupo de sujetos en España. El estudio PRESCAP 2010 (PRESión arterial en la población española en los Centros de Atención Primaria) se diseñó para conocer el grado de control de la PA en una amplia población hipertensa asistida en atención primaria y tratada con fármacos². El objetivo del estudio es analizar el perfil clínico y el manejo de los pacientes hipertensos en función de la edad.

En el PRESCAP 2010 se incluyó a 12.961 hipertensos, de los que 440 (3,4%) tenían menos 45 años; 1.672 (12,9%), 45-54 años; y 10.849 (83,7%), más de 54 años. Como se puede observar en la [tabla 1](#), conforme aumentaba la edad de los sujetos, aumentaban la PA sistólica y la proporción de pacientes con dislipemia, diabetes mellitus, lesión de órgano diana y enfermedad cardiovascular. En cambio, conforme aumentaba la edad de los pacientes, disminuían la PA diastólica y la proporción de pacientes con tabaquismo y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular.

En cuanto al control adecuado de la PA, fue peor conforme aumentaba la edad de los pacientes (el 62,3, el 54,8 y el 44,0% respectivamente; $p = 0,0001$), a pesar del mayor uso de terapia

combinada (el 43,4, el 49,9 y el 66,4%; $p = 0,0001$) ([tabla 2](#)). En cuanto a la actitud del médico ante el mal control de la PA, conforme aumentaba la edad de los pacientes, el médico modificaba menos el tratamiento antihipertensivo (el 36,3, el 35,1 y el 27,5%; $p = 0,0001$). La conducta más frecuente en todos los casos fue asociar otro fármaco, seguida de aumentar la dosis, y lo menos frecuente, cambiar el tratamiento farmacológico, sin diferencias significativas según la edad ([tabla 2](#)).

En el presente estudio se observa que, según aumenta la edad de los pacientes, el perfil de riesgo empeora, con más factores de riesgo, lesión de órgano diana y enfermedad cardiovascular asociada. Sin embargo, también es importante destacar que, en los pacientes más jóvenes, si bien es frecuente la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, es relativamente poco frecuente la enfermedad cardiovascular clínicamente manifiesta. Esto es lógico, teniendo en cuenta que la enfermedad aterosclerótica tarda años en manifestarse. Sin embargo, al haber más factores de riesgo cardiovascular asociados, es posible que, en comparación con lo que ocurría en décadas anteriores, las manifestaciones clínicas de la enfermedad cardiovascular aparezcan cada vez a edades más tempranas.

Se ha demostrado que la hipertensión incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares en todo el espectro de edades, incluidas las más jóvenes³. A pesar de que el control adecuado de PA ha mejorado en los últimos años, todavía dista mucho de alcanzar cifras razonables⁴. En nuestro estudio, los sujetos de 45-54 años tenían sensiblemente más control adecuado de la PA que los de edad más avanzada, e incluso mejor entre los menores de 45 años. Sin embargo, un 40-45% de los hipertensos jóvenes en España no lograron un control adecuado de la PA. Teniendo en cuenta que en el PRESCAP 2010 únicamente se incluyó a hipertensos tratados, es muy posible que estas cifras sean aún peores en la población hipertensa joven en general. Además, es probable que en este grupo de edad haya hipertensos no diagnosticados, ya que habitualmente estos

Tabla 1

Características clínicas de los sujetos según la edad de los pacientes (< 45, 45-54 y > 54 años)

Variable	< 45 años (n = 440; 3,4%)	45-54 años (n = 1.672; 12,9%)	> 54 años (n = 10.849; 83,7%)	p
<i>Datos biodemográficos</i>				
Edad (años)	39,8 ± 4,0	50,3 ± 2,7	69,9 ± 8,5	0,0001 ^a
Varones	60,6	55,6	46,2	0,0001 ^b
PA sistólica (mmHg)	131,9 ± 14,3	133,6 ± 13,5	136,4 ± 14,6	< 0,0001 ^a
PA diastólica (mmHg)	82,3 ± 9,2	82,1 ± 9,0	78,7 ± 9,4	< 0,0001 ^a
<i>Factores de riesgo cardiovascular</i>				
Sedentarismo	53,1	55,0	55,6	ns ^b
Dislipemia	37,8	52,3	59,8	0,0001 ^b
Tabaquismo	37,6	32,9	13,2	0,0001 ^b
AF ECV	27,5	28,0	19,4	0,0001 ^b
Diabetes mellitus	14,0	21,0	33,1	0,0001 ^b
<i>Lesión de órgano diana</i>				
Microalbuminuria	11,7	16,2	19,1	0,037 ^b
HVI	3,0	4,6	8,6	0,0001 ^b
<i>Enfermedad cardiovascular</i>				
Cardiopatía isquémica	1,8	4,3	11,3	0,0001 ^b
Insuficiencia renal	3,7	3,4	7,6	0,0001 ^b
Ictus	0,9	1,3	5,1	0,0001 ^b
Insuficiencia cardíaca	0,9	0,8	6,0	0,0001 ^b
Arteriopatía periférica	0,9	1,3	4,4	0,0001 ^b

AF: antecedentes familiares; ECV: enfermedad cardiovascular; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; ns: no significativo; PA: presión arterial.

Los datos expresan media ± desviación estándar o porcentajes.

^a Análisis de la varianza (ANOVA).

^b Prueba de la χ^2 .

Tabla 2

Grado de control de la presión arterial, tipo de tratamiento y actitud ante el mal control de la presión arterial según la edad de los pacientes (< 45, 45-54 y > 54 años)

Variable	< 45 años (n = 440; 3,4%)	45-54 años (n = 1.672; 12,9%)	> 54 años (n = 10.849; 83,7%)	p
<i>Control</i>				
Buen control	62,3	54,8	44,0	0,0001*
<i>Tratamiento farmacológico</i>				
Monoterapia	56,6	50,1	33,6	0,0001*
Tratamiento combinado	43,4	49,9	66,4	0,0001*
<i>Conducta ante el mal control</i>				
Modifican el tratamiento	36,3	35,1	27,5	0,0001*
Asocian otro fármaco	80,0	78,6	75,3	ns*
Aumentan la dosis	16,0	19,6	23,5	ns*
Sustituyen el fármaco	4,0	1,8	1,2	ns*

ns: no significativo.

Los valores expresan porcentajes.

* Prueba de la χ^2 .

sujetos acuden al médico con menos frecuencia y más esporádicamente⁵.

El mejor control de PA observado en los últimos años se ha relacionado en parte con el mayor uso de terapia combinada⁴. En nuestro estudio, algo menos de la mitad de los menores de 55 años estaba en terapia combinada, cifra sensiblemente menor que la de los hipertensos de 55 o más años. Además, sólo en algo más de un tercio de los hipertensos menores de 55 años con mal control de la PA se modificó la pauta de tratamiento (el 36% de los menores de 45 años). Probablemente todos estos datos respondan en parte a una subestimación del riesgo cardiovascular de los hipertensos jóvenes, ya que sólo se suele valorar el riesgo a corto o medio plazo, y no a largo plazo⁶.

En definitiva, aproximadamente el 16% de los pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico atendidos en las consultas de atención primaria en España tienen menos de 55 años (el 3,4% son menores de 45 años). Aproximadamente un 40-45% de los sujetos menores de 55 años no logran los objetivos de control de la PA. Desafortunadamente, la inercia terapéutica fue frecuente también en estas edades. A la luz de todos estos datos, se deduce que es imprescindible mejorar el control general de los factores de riesgo cardiovascular en el sujeto joven, lo que incluye, por supuesto, la hipertensión arterial.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración prestada en el desarrollo del estudio PRESCAP 2010 a todos los médicos de atención primaria que participaron en el estudio, así como a los miembros del Grupo HTA/SEMERGEN (listado disponible en material suplementario) por proporcionar los datos necesarios para su realización, así como

a Almirall, S.A., por facilitar la infraestructura necesaria para la realización del estudio, si bien Almirall, S.A. no influyó en la toma de datos y su interpretación.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2013.04.015>.

Vivencio Barrios^{a,*}, Carlos Escobar^b, Alberto Calderón^c, Francisco Javier Alonso Moreno^d, Vicente Pallarés^e y Alberto Galgo^f, en representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Atención Primaria (Grupo HTA/SEMERGEN) y los investigadores del Estudio PRESCAP 2010

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^cCentro de Salud Rosa de Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^dCentro de Salud Sillería, Toledo, España

^eUnidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Castellón, España

^fCentro de Salud Espronceda, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correos electrónicos: vbarrios@meditex.es, vbarrios.hcr@salud.madrid.org (V. Barrios).

On-line el 10 de julio de 2013

BIBLIOGRAFÍA

- Barrios V, Escobar C. Is a new crash coming? J Hypertens. 2012;1:e105. <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1095.1000e105>.
- Llisterri Caro JL, Rodríguez Roca GC, Alonso Moreno FJ, Prieto Díaz MA, Banegas Banegas JR, González-Segura Alsina D, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010 Med Clin (Barc). 2012;139:653-61.
- Allen N, Berry JD, Ning H, Van Horn L, Dyer A, Lloyd-Jones DM. Impact of blood pressure and blood pressure change during middle age on the remaining lifetime risk for cardiovascular disease: the cardiovascular lifetime risk pooling project. Circulation. 2012;125:37-44.
- Llisterri JL, Rodríguez-Roca GC, Escobar C, Alonso-Moreno FJ, Prieto MA, Barrios V, et al. Treatment and blood pressure control in Spain during 2002-2010. J Hypertens. 2012;30:2425-31.
- Rodríguez MC, Cabrera A, Morales RM, Domínguez S, Alemán JJ, Brito B, et al. Factores asociados al conocimiento y el control de la hipertensión arterial en Canarias. Rev Esp Cardiol. 2012;65:234-40.
- Barrios V, Escobar C, Calderón A, Echarri R, González-Pedell V, Ruilope LM. Cardiovascular risk profile and risk stratification of the hypertensive population attended by general practitioners and specialists in Spain. The CONTROLRISK study. J Hum Hypertens. 2007;21:479-85.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2013.04.015>

Paciente con angina y «bypass congénito». Caso inédito de fístula aortocoronaria

Patient With Angina and «Congenital Bypass». A New Case of Aortocoronary Fistula

Sra. Editora:

Paciente de 58 años, ex fumador desde 16 años antes, sin otros factores de riesgo cardiovascular modificables, presentaba episo-

dios de dolor torácico anginoso recortado en el contexto de estrés emocional desde hacía varios meses. La exploración física no detectó signos patológicos.

En el electrocardiograma se objetivaba ritmo sinusal a 75 lpm, con conducción auriculoventricular normal, bloqueo incompleto de rama derecha del haz de His, sin signos de isquemia o necrosis.

En la ecocardiografía se visualizaban cavidades de tamaño normal, con buena contractilidad biventricular y dilatación de porción tubular de aorta ascendente (44 mm) con insuficiencia aórtica ligera sobre válvula trivalva, sin otras alteraciones relevantes.