

## COMENTARIO EDITORIAL

## Prevención y control de la hipertensión

Xavier García-Moll, MD

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes, identificado hace décadas con tratamiento razonablemente eficaz también desde entonces. Todos los médicos han recibido formación sobre su diagnóstico, identificación y tratamiento. Se han realizado sucesivas guías de práctica clínica, en las que se han ido incorporando todas las novedades en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento. Y en este punto es donde se empiezan a detectar deficiencias, ya que no todos nos podemos poner al día sobre todas las patologías, hay diversidad de guías, con diferentes definiciones, diferentes formas de medir, y diferentes recomendaciones de tratamientos. Todo ello hace que en la actualidad la prevención, diagnóstico, tratamiento y mantenimiento del tratamiento de la hipertensión arterial todavía sean susceptibles de amplias mejorías. A pesar de su relevancia, existen discrepancias importantes en cuanto a las políticas socio-sanitarias para su prevención, a las políticas de detección, a la metodología para su diagnóstico, e incluso a su definición, lo que condiciona su diagnóstico y su prevalencia. Además un factor que se suele pasar por alto es la adherencia a dicho tratamiento. El artículo de Carey et al pone de manifiesto todas estas limitaciones, pero también propone soluciones (1).

Un concepto que se está repitiendo cada vez más es el de la multidisciplinariedad, fundamental para poder abordar los diferentes aspectos de la patología, y naturalmente la implicación del paciente en todo el proceso. Sin embargo, precisamente las unidades de Hipertensión arterial en los centros hospitalarios o de Atención Primaria de nuestro país siempre han tendido a ser multidisciplinarias, con al menos una especialidad médica junto con enfermería. Y los resultados siguen siendo mejorables. Por tanto, además de la multidisciplinariedad se necesitan otros ámbitos de actuación para mejorar el control de este factor de riesgo. Las recomendaciones del artículo son básicamente dirigidas a los Estados Unidos y su sistema de salud, como se puede ver en la figura central. Sin embargo se proponen una serie de temas muy relevantes a lo largo del artículo. Se sugieren una serie de puntos para mejorar la identificación, medición y tratamiento de la hipertensión arterial.

A nivel de sistemas sanitarios se puede actuar de diferentes formas: activando/incentivando la detección de la HTA; en países como Gran Bretaña se ha observado que cuando se remunera a los médicos en función al buen grado de detección y control de los factores de riesgo más que al número de consultas realizadas mejora el grado de control. Por otro lado, realizar políticas de restricción de contenido en sal en los alimentos (en la elaboración de alimentos procesados, en lugares de trabajo o en restaurantes), también ha mejorado las cifras (2), como se ha apreciado en ciudades como Nueva York y se ha calculado en modelos informáticos (3). De hecho éste es un ámbito en que se debe investigar para elucidar el grado de reducción de la cantidad de sal en la dieta para conseguir efectos sobre mortalidad cardiovascular.

Respecto los objetivos de presión arterial, todavía se dispone de relativamente pocos datos en pacientes con edades en los dos extremos (jóvenes y adultos de edades muy avanzadas, especialmente en aquellos con fragilidad), y tampoco se conoce con profundidad los niveles de presión óptimos en pacientes con diabetes, insuficiencia renal, post-ictus) o por grupos étnicos. Además, las últimas guías americanas para el manejo de la hipertensión arterial han modificado de forma relevante el umbral para clasificar a alguien como hipertenso y por tanto tributario de tratamiento (4), en las que prácticamente se debería "medicalizar" más de un 40% de la población americana, cifras de las que se han desmarcado las guías de la Sociedad Europea de Cardiología conjuntas con la Sociedad Europea de Hipertensión arterial (5).

Otra cuestión muy relevante que está adquiriendo protagonismo progresivamente es la adherencia y persistencia al tratamiento. Se empezó a tener en cuenta la adherencia hace ya más de una década (6).

El primer problema es pensar en que la adherencia al tratamiento es un problema prevalente y muy relevante. Se calcula que hasta un 11% de las hospitalizaciones por síndrome coronario agudo en Europa son consecuencia de una mala adherencia al tratamiento (7). El segundo problema, medirla; y el tercero, mejorarla. Es fundamental conseguir una buena adherencia para el tratamiento de una patología crónica, que suele ser poco sintomática, porque requiere una larga duración de una terapia que

puede ocasionar efectos secundarios. Cuestiones tan sencillas como indicar fármacos con una posología cada 24 horas, en combinación si fuera necesario, facilitarían la adherencia al tratamiento, aunque no existan datos fehacientes como para poder afirmar este extremo (faltan estudios sobre el impacto de una estrategia basada en una pastilla comparada con otra estrategia con varias pastillas sobre la adherencia al tratamiento y sus consecuencias con el control de la presión arterial y la eventual modificación pronóstica). Sin embargo, esta cuestión a veces colisiona con políticas generales de tratamiento de entidades gubernamentales, que penalizan las combinaciones.

Una de las opciones que se proponen es la telemedicina, ya sea para facilitar el contacto con los proveedores

de salud, o para poder monitorizar las cifras de presión, o el desarrollo de *apps* (con todas sus limitaciones: falta de validación, falta de adherencia a la propia aplicación, etc.). Es todavía un ámbito atractivo pero controvertido, porque no se tienen demasiados resultados sobre el beneficio real de su uso ni de su coste-efectividad. Y además, cuando tengamos las técnicas adecuadas de telemedicina deberemos elaborar estrategias para implementarlas en la práctica clínica habitual (8).

Como conclusión del artículo se puede desprender que a pesar de la enorme abundancia de datos existen numerosas zonas grises en el manejo de la hipertensión arterial, a nivel poblacional, metodológico y de tratamiento. Se lleva mucho camino hecho, pero afortunadamente todavía queda un largo trecho por mejorar.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Whelton PK. Prevention and Control of Hypertension. JACC Health Promotion Series. J Am Coll Cardiol 2018; 72:1278-93
2. Whelton PK, He J, Appel LJ, et al., for the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. JAMA 2002;288:1882-8
3. Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, et al. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. N Engl J Med 2010;362:590-9
4. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2018;71:e127-248
5. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. Eur Heart J 2018;39:3021-3104
6. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. New Engl J Med 2005;353:487-97
7. Kolaivalu K, Leiden BB, O'Gara PT, Bhatt DL. Non-adherence to cardiovascular medications. Eur Heart J 2015;35:3267-76
8. McManus RJ, Mant J, Haque MS, et al. Effect of self-monitoring and medication self-titration on systolic blood pressure in hypertensive patients at high risk of cardiovascular disease: the TASMIN-SR randomized clinical trial. JAMA 2014;312:799-808