

EMJ

Lider de Opinion
Clave Entrevista

Volumen 10 Suplemento 7

Octubre 2022

enjreviews.com



El infradiagnóstico y un cumplimiento deficiente contribuyen al aumento de los casos de hipertensión

Cardiología

El infradiagnóstico y un cumplimiento deficiente contribuyen al aumento de los casos de hipertensión



Entrevistados:	Peter Blankestijn Nefrólogo, Hospital Universitario de Utrecht, Países Bajos
Información sobre conflictos de intereses:	el Dr. Blankestijn declara no estar afectado por conflictos de intereses.
Agradecimientos:	ha contribuido a la redacción del texto médico Amanda Barrell, de Brighton, RU.
Exención de responsabilidades:	las opiniones expresadas en este artículo son imputables únicamente al entrevistado designado.
Patrocinios:	Merck ha apoyado la publicación de este artículo.
Citas:	EMJ Cardiol. 2022;10[Suppl 7]:2-5. DOI/10.33590/emjcardiol/10186442. https://doi.org/10.33590/emjcardiol/10186442 .



Resumen de la entrevista

La hipertensión primaria, un factor de riesgo significativo para las enfermedades cardiovasculares (ECV), la insuficiencia renal y la mortalidad de cualquier causa, es reversible en buena medida a través de cambios en los hábitos de vida y medicación de gran eficacia. No obstante, la prevalencia de la hipertensión arterial ha aumentado en términos globales. Teniendo en cuenta la ausencia de síntomas, muchas personas quedan sin diagnosticar y no son conscientes de los riesgos. Asimismo, el hecho de que no se perciban beneficios claros lleva a que el cumplimiento del tratamiento establecido a través de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas resulte difícil para los pacientes.

En este artículo, Peter Blankestijn del Hospital Universitario de Utrecht, en Países Bajos, hace referencia a los peligros ocultos de la hipertensión primaria, así como a la manera en que el control habitual de la hipertensión y una mayor concienciación de la población puede contribuir a la identificación de casos no diagnosticados y a reducir riesgos. Explica también las dificultades que supone el cumplimiento de los tratamientos y la forma en que los profesionales sanitarios pueden ayudar a los pacientes a introducir cambios de carácter preventivo que podrían salvar sus vidas.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión o tensión arterial elevada es la causa de 10,4 millones de muertes cada año, lo que la convierte en la principal causa de mortalidad a nivel global.¹ Las Guías de la Sociedad internacional de Hipertensión (ISH) de 2020 sobre el manejo de la hipertensión la

definen en el rango de una tensión sistólica de ≥ 140 mmHg y una tensión diastólica de ≥ 90 mmHg tras la realización de varios exámenes.¹

Blankestijn plantea que la hipertensión esencial o primaria es común, que no presenta síntomas en la mayoría de los casos y que no está relacionada con enfermedades preexistentes. Los principales

factores de riesgo según su opinión son antecedentes familiares, obesidad, diabetes, insuficiencia renal, enfermedad vascular, tabaquismo y envejecimiento.² A pesar de que la prevalencia varía entre poblaciones, a nivel global se calcula que 1280 millones de adultos entre los 30 y los 79 años padecen hipertensión.³

Esta enfermedad aumenta en gran medida el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cardíacas, renales y de otros tipos, así como la mortalidad de cualquier causa y la morbilidad,^{3,4} según Blankestijn. "Se ha demostrado en numerosas ocasiones en grandes ensayos que la hipertensión se asocia a la enfermedad cardiovascular y existe consenso respecto a que el tratamiento de la hipertensión reduce el riesgo", según sus palabras.^{4,5} "Esta es la principal cuestión que debe atenderse, así como la razón principal por la que la hipertensión debe tratarse."

A pesar de que la introducción de cambios en el estilo de vida y la medicación, incluyendo los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y los bloqueadores de los receptores de la angiotensina II, son medidas eficaces para modificar la tensión arterial elevada,⁵ la prevalencia de la hipertensión continúa al alza.¹ Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que el 46 % de los adultos con esta enfermedad permanece sin diagnosticar, y solo el 21 % de los adultos la tiene controlada.³

INFRADIAGNÓSTICO

"El diagnóstico de la hipertensión es sencillo", comenta Blankestijn. "Es posible medir la tensión arterial en menos de 30 segundos. Se trata de una operación sencilla", añade. "Existe, sin embargo, un pero, y es la gran variabilidad entre resultados. No se puede diagnosticar la hipertensión con la referencia de una única valoración". Los profesionales sanitarios deben realizar tres lecturas en intervalos de al menos 2 minutos. Si la media es alta, debe pedirse al paciente que vuelva en unas 4 semanas para repetir el procedimiento. De acuerdo con las guías, el diagnóstico puede realizarse en una única visita si la tensión arterial es $\geq 180/110$ mmHg y existen evidencias de enfermedad cardiovascular.¹

A pesar de que este tipo de diagnóstico resulte sencillo y sea posible realizarlo paso a paso, no deja de tener complicaciones. Mientras que las personas de los grupos de alto riesgo, como las que padecen diabetes, suelen someterse a examen con regularidad, no es lo más generalizado.

"En la mayoría de los casos, los pacientes carecen de síntomas, por lo menos en las etapas tempranas", nos dice Blankestijn. "Cuando no hay dolencias, no suele haber un motivo para ir al médico a comprobar la TA. Ello supone que la gente puede funcionar con hipertensión durante años, y que solo se diagnosticará cuando surja un problema o si aparecen signos de enfermedad cardiovascular" añade, indicando que, en su consulta, ha visitado con frecuencia pacientes con una hipertensión no diagnosticada que había contribuido a la manifestación de una enfermedad cardiovascular en etapa avanzada.

Lidiar con el infradiagnóstico exige un abordaje en varios frentes, que incluye medir la tensión arterial cada vez que la persona acude a atención primaria. "Se podría decir que debería comprobarse la TA de cualquier persona que acuda a su médico de familia por la razón que sea tan solo por razones de seguridad", afirma Blankestijn, y añade que es aún más pertinente en personas con factores de riesgo de hipertensión como antecedentes familiares u obesidad. "Podría también plantearse el diseño de programas por los que se evaluase a todas las personas de 50 o 60 años, valorando la tensión arterial anualmente. Al menos en los Países Bajos, de donde procedo, no es una política oficial". Blankestijn comenta también que promover la concienciación sobre la hipertensión y sus peligros en la población en general, si va de la mano de un mejor acceso a dispositivos domésticos o ambulatorios de control de la tensión arterial, podría también cumplir la función de ayudar a que la población sea más consciente de sus riesgos.

El diagnóstico a tiempo permite intervenir de forma preventiva, ayudando a las personas a evitar limitaciones importantes de la calidad de vida y el aumento de la morbilidad y la mortalidad que se asocian a la enfermedad cardiovascular y otras dolencias.⁶ Se trata también de una medida rentable para los sistemas de salud. "El tratamiento de las enfermedades

cardiovasculares resulta, por lo general, muy costoso, mientras que las posibles medicaciones para la hipertensión no pagan derechos de patente y tienen un coste reducido. Se ha demostrado ampliamente que el tratamiento de la hipertensión resulta económico a largo plazo”, nos dice Blankestijn.⁷

INTERVENCIONES EFECTIVAS

Una vez diagnosticada, la hipertensión primaria puede invertirse y reducirse sus riesgos cardiovasculares mediante abordajes farmacológicos y no farmacológicos.¹ En la mayoría de los casos, la intervención de primera línea consiste en cambios en la forma de vida, arguye Blankestijn. Las guías de la ISH indican que la modificación del estilo de vida debe centrarse en limitar el consumo de sal, aumentar la ingesta de potasio con un mayor consumo de fruta y verdura, controlar el peso y reducir el consumo de alcohol. También es aconsejable aumentar el nivel de actividad y dejar de fumar.¹

El momento de inicio de los tratamientos farmacológicos depende en buena medida del paciente, añade Blankestijn. “Si la TA solo está un poco elevada, puede que quede tiempo para probar con intervenciones que modifiquen el estilo de vida; pero si la TA es alta, debería comenzarse antes con la medicación”, explica el doctor, añadiendo que la medicación debería iniciarse en un momento más temprano en personas con signos de enfermedad cardiovascular.¹

Para una “proporción significativa” de pacientes, suele ser eficaz emplear una única clase de fármacos antihipertensivos. No obstante, en algunas personas, tras la revisión puede ser necesaria la incorporación al régimen farmacológico de otros compuestos de distintas clases.

Las guías de la ISH recomiendan marcarse un plazo máximo de 3 meses de tratamiento para lograr el control completo de la TA.¹ “Si después de haber prescrito uno o dos fármacos, un médico de familia observa que la TA no está controlada, suele remitir al paciente a un especialista, como es mi caso. Es el momento en el que abordo el caso en mayor detalle para establecer si existe alguna forma de explicar que

la tensión sea alta o si se trata de un problema de falta de cumplimiento”, apunta Blankestijn. Añade que es necesario controlar a los pacientes a largo plazo durante aproximadamente unos 6 meses para comprobar la estabilidad de su TA.

BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO

A pesar de que existan intervenciones que puedan resultar eficaces, solo funcionan si el paciente convierte en permanentes las modificaciones introducidas en su estilo de vida y toma su medicación en la forma prescrita.⁸ Aun así, un cumplimiento deficiente de los regímenes de tratamiento es una de las principales razones por las que la TA puede no llegar a controlarse, y afecta al 80 % del total de pacientes con hipertensión.¹ “Uno de los problemas principales es el cumplimiento”, dice Blankestijn, al tiempo que manifiesta que un “número considerable” de los pacientes con control deficiente de la TA remitidos a su clínica especializada en hipertensión resistente no cumple bien con lo prescrito.

Comenta, a continuación, que la causa es a menudo la sensación por parte del paciente de que el cumplimiento no ofrece beneficios. “Debemos convencer a los pacientes de que merece la pena mantener la TA controlada como si se tratase de una inversión a largo plazo”, insiste, añadiendo que esto afecta tanto a los cambios en el estilo de vida como a la conducta a la hora de tomar la medicación. “Perder peso o dejar de fumar es para muchas personas una meta difícil que queda bien en palabras, pero que es difícil de lograr”.

Las guías de la ISH aconsejan a los médicos que evalúen el cumplimiento del tratamiento con antihipertensivos en cada visita y antes de introducir cambios en el tratamiento. También se menciona que conviene plantearse reducir la polimedicación y pasar al uso de combinaciones de fármacos en un solo comprimido; optar por dosis que se tomen una vez al día en lugar de varias veces al día; relacionar la conducta de cumplimiento con las costumbres diarias; ofrecer a los pacientes información sobre los resultados del cumplimiento; recomendar control de la TA en casa; ofrecer asesoramiento que permita pasar control al paciente para un control más personal;

usar herramientas de ayuda al cumplimiento en teléfonos móviles o servicios de mensajes cortos; y adoptar un enfoque multidisciplinar sustentado por un equipo de sanitarios que incluya farmacéuticos para mejorar el control del cumplimiento.¹

Los métodos más eficaces de control del no cumplimiento implican la introducción de intervenciones complejas que combinan asesoramiento, monitorización por el propio paciente, elementos de refuerzo y supervisión de acuerdo con las guías de la ISH.¹

Blankestijn afirma que, como médico, su deber es asesorar a las personas. “Lo primero es explicar cuáles podrían ser los beneficios a largo plazo”, dice, añadiendo que le ha resultado útil implicar a sus pacientes en el propio control de su TA recomendándoles la compra de un dispositivo económico para el control en casa. “Piensan que ellos mismos pueden controlar la situación. Les da capacidad de actuar” añade, comentando que la mejor manera de apoyar a los pacientes es no dejar de trabajar con ellos y ofrecerles refuerzos positivos cuando consigan controlar su TA.

CONCLUSIÓN

A pesar de ser una dolencia reversible a través de cambios en el estilo de vida y con medicación, la hipertensión sigue siendo una causa fundamental de varias enfermedades, entre las que se incluyen las cardiovasculares, así como la morbilidad y mortalidad excesivas. Los médicos deben afrontar que la falta de síntomas impide que los pacientes acudan a recibir un diagnóstico, y también deben lidiar con las dificultades propias de ayudar a los pacientes a cumplir con las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Para combatir el infradiagnóstico y el infratratamiento, la comunidad sanitaria debe generar la conciencia necesaria en la población general, ofrecer consejo sobre la TA en cada momento de contacto en atención primaria y ofrecer un mayor apoyo a los pacientes para los que es difícil cumplir el tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de vida.

References

1. Unger T et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*. 2020;75(6):1334-57.
2. Carretero OA, Oparil S. Essential hypertension: part I: definition and etiology. *Circulation*. 2020;101(3):329-35.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Hypertension. 2021. Disponible en la dirección: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=Key%20facts,brain%2C%20kidney%20and%20other%20diseases>. Fecha de último acceso: 12 de agosto de 2022.
4. Fuchs FD, Whelton PK. High blood pressure and cardiovascular disease. *Hypertension*. 2020;75(2):285-92.
5. Oparil S, Schmieder RE. New approaches in the treatment of hypertension. *Circ Res*. 2015;116(6):1074-95.
6. Roth GA et al; GBD-NHLBI-JACC Global Burden of Cardiovascular Diseases Writing Group. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019: update from the GBD 2019 study. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(25):2982-3021.
7. Constanti M et al. Cost-effectiveness of initiating pharmacological treatment in stage one hypertension based on 10-year cardiovascular disease risk: a Markov modeling study. *Hypertension*. 2021;77(2):682-91.
8. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension. *Circ Res*. 2019;124(7):1124-40.