

La hipertensión: encarnizamiento diagnóstico y terapéutico

Hypertension: Doing too much

Extracto de la Ponencia en la VI Reunión de la Sociedad Vasca de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular, 6 de Febrero de 2004, Vitoria-Gasteiz

La hipertensión es un factor de riesgo para ciertos eventos cardiovasculares, como ictus cerebral, infarto de miocardio e insuficiencia cardiaca. La hipertensión es factor de riesgo porque se asocia estadísticamente a dichos eventos, no porque sea causa necesaria y suficiente. Ni es necesaria (muchos eventos cardiovasculares suceden sin la presencia de hipertensión), ni es suficiente (muchos hipertensos nunca padecen dichos eventos). La mayor parte de los infartos de miocardio, por ejemplo, acontece en pacientes con cifras de tensión normales (pese al descenso progresivo y persistente de las cifras que definimos como “normales”, que pronto llegarán al absurdo, para lograr incluir a todos los pacientes que tienen infarto de miocardio entre los hipertensos). Además, el impacto de la hipertensión se ha medido en poblaciones anglosajonas (básicamente, Flamingham, EE.UU.), y la estimación del riesgo cardiovascular enseña que es mucho menor en España que en EE.UU.

Los riesgos de la intervención médica

Desconocemos la causa de la hipertensión que llamamos esencial. La hipertensión tiene causa conocida en casi el 30% de los casos infantiles y entre el 1 y el 5% en los adultos. En este editorial me referiré en exclusivamente a la hipertensión esencial, un factor de riesgo muy frecuente, que conlleva un gran uso de los servicios sanitarios. El afán de prevención, de evitar los riesgos que conlleva la hipertensión, es un afán que puede llegar a ser peligroso, que puede llevar a la “pornoprevención”. Con cada decisión, desde el cribaje al tratamiento y seguimiento, se puede iniciar una cascada de intervenciones sanitarias cuyo final puede ser perjudicial para el paciente. Además, el control de la hipertensión es sólo el control de un “resultado intermedio” y, como con el control del colesterol en plasma, el descenso de las cifras de tensión arterial no asegura la obtención de los resultados finales buscados. Así como la cerivastatina controla el colesterol plasmático pero mata a los pacientes, así también, por ejemplo, el nifedipino controla las cifras tensionales en la crisis hipertensiva, pero aumenta las muertes durante las mismas. Lo importante, obviamente, es lograr un buen resultado

final, no un buen resultado intermedio y un mal resultado final. De ahí la necesidad de evitar el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico en la hipertensión, de lograr un equilibrio entre la prevención y el resultado, de hacer “prevención cuaternaria” respecto a la hipertensión (es prevención cuaternaria el evitar los efectos adversos y perjudiciales que provocan las intervenciones médicas, de cribaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento). En la práctica clínica, la prevención cuaternaria exige formación, información, decisión, conciencia, ciencia y ética. Hay que saber, por ejemplo, que no se explica el 50% de disminución de insuficiencia cardiaca entre pacientes hipertensos tratados con clortalidona frente a doxazosina por la diferencia de 2/3 mm de Hg en presión sistólica entre ambos grupos. Este es el tipo de conocimiento que lleva a la acción (y que hizo parar el ensayo clínico en que se comparaban los dos medicamentos, al ser tan evidente la ventaja de la clortalidona frente a la doxazosina).

El cribaje de la hipertensión

Los beneficios superan a los perjuicios en el diagnóstico precoz de la hipertensión, mediante cribado de los pacientes adultos que acuden por otros motivos a la consulta médica. No hay datos para tomar una decisión respecto a niños y adolescentes. Tampoco hay información suficiente para decidir acerca de la frecuencia de dicho cribaje. El cribaje parece más necesario en pacientes varones, añosos, sedentarios, fumadores, obesos, diabéticos y/o hiperlipémicos.

No hay ensayos clínicos respecto al beneficio del cribado en sí, pero hay ensayos clínicos que demuestran el beneficio del tratamiento de pacientes hipertensos diagnosticados mediante el cribado. Se benefician más del cribado y del tratamiento los pacientes de alto riesgo, los que tienen mayores cifras tensionales y otros factores de riesgo asociados.

Respecto a prioridades, el cribaje de la hipertensión se sitúa en noveno lugar en la evaluación de treinta actividades preventivas. Ocupa el primer lugar las vacunaciones clásicas del calendario vacunal infantil, con 10 puntos (el máximo, cinco por capacidad clínica de prevención de morbilidad, y cinco por efecto sobre la mortalidad); ocupan el segundo y tercer lugar, con 9 puntos, el consejo contra el tabaco en la consulta de adultos, y el cribaje de los defectos visuales a los ancianos. El cribaje de la hipertensión tiene 8 puntos,

Correspondencia:

Juan Gervas

Médico general, Canencia de la Sierra (Madrid), Equipo CESCA (Madrid)

Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

al igual que por ejemplo, la vacunación de adultos y ancianos contra la gripe.

El cribaje de la hipertensión no sigue las pautas señaladas, de aplicación preferente en los pacientes con mayor riesgo. En este aspecto también se cumple la “ley de cuidados inversos” (cuantos más cuidados médicos se necesitan menos se reciben, y este desequilibrio es mayor cuanto más se oriente al mercado el sistema sanitario). Por ejemplo, los datos de la Encuesta Vasca de Salud, de 1997, demuestran se había tomado la tensión el año anterior al 66% de la muestra, pero sólo se relacionaba la toma de tensión con el Índice de Masa Corporal, y con ningún otro factor de riesgo. Lo importante era el nivel educativo: a más años de educación formal más probabilidad de toma de tensión.

El tratamiento de la hipertensión

No hay ensayos clínicos que avalen los resultados a largo plazo de las intervenciones terapéuticas no farmacológicas en la hipertensión arterial. Bajan las cifras de tensión a corto plazo el control del estrés, la reducción del sodio ingerido, el aumento del potasio en la dieta, la actividad física y la disminución en el consumo de alcohol. Son medidas genéricas, que suelen acompañarse de mejor calidad de vida, pero desconocemos su utilidad respecto al resultado final en el tratamiento de la hipertensión.

Respecto a la población (no los pacientes), los cambios de estilo de vida pueden ser muy beneficiosos. Se calcula que si el impacto promedio de las intervenciones sanitarias en general sobre los años de vida ajustados según calidad ofrece una relación beneficio/coste de 4 a 1, los cambios favorables de estilos de vida presentan una relación de 30 a 1.

Respecto a los medicamentos, ya he señalado que la capacidad de bajar la tensión de un fármaco puede no correlacionarse con su capacidad de reducir los eventos cardiovasculares asociados a la misma. Un meta-análisis en red de los 42 ensayos clínicos de larga duración (más de un año), con un total de 192.478 pacientes, sobre el tratamiento inicial de la hipertensión, demuestra que sólo las dosis bajas de diuréticos dan mejor resultado que el placebo en todos los resultados finales. Las dosis bajas (22,5 mg diarios) de clortalidona y de hidroclorotiazida disminuyeron los casos de ictus, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, eventos cardiovasculares en general, muerte por causa cardiovascular y mortalidad total. Son mejor que placebo, respecto a algunos de los resultados finales señalados, los beta-bloqueantes, IECA, y bloqueantes de canales del calcio. No hay ensayos clínicos para juzgar la eficacia de los ARA II. El medicamento más efectivo fue la clortalidona, uno de los más baratos.

No hay ensayos clínicos para decidir científicamente respecto a la “segunda línea” en el tratamiento de la hipertensión.

Diversos estudios demuestran que en la práctica los médicos no utilizan los diuréticos con la frecuencia necesaria, no adaptan el tratamiento de la hipertensión a sus pacientes, desaprovechan el enfoque global de la prevención primaria y secundaria cardiovascular, y no se ofrece el beneficio de la prevención cardiovascular a una elevada proporción de pacientes al tiempo que otros sufren intervenciones de más.

El seguimiento de la hipertensión

No hay ensayos clínicos que permitan decidir acerca del mejor tiempo de re-cita del paciente hipertenso controlado. En un ensayo clínico en el que se comparó la cita cada tres meses contra la cita cada seis no se observó diferencia en el control de las cifras tensionales entre ambos grupos (hubo un 20% de hipertensos mal controlados en general).

No hay ensayos clínicos que ayuden a tomar decisiones respecto a solicitud de analíticas, o control electrocardiográfico. Sin embargo, los protocolos y guías clínicas están llenas de recomendaciones al respecto. Como se demostró en un estudio en el País Vasco, las guías de práctica clínica sobre riesgos cardiovasculares tienen graves defectos en el apartado de “evidencia” de sus recomendaciones. Parece prudente ser cautos en el seguimiento de las mismas, y defender a los pacientes de las cascadas que se inician con decisiones sin fundamento científico, como la repetición rutinaria del electrocardiograma.

Las interacciones de los fármacos anti-hipertensivos

Los medicamentos contra la hipertensión tienen frecuentes interacciones con otros de uso frecuente, y dichas interacciones pueden conllevar un resultado fatal. Tal fue el caso de un bloqueante del calcio de Hoffman-La Roche (mibefradil), que hubo que retirar del mercado en 1998 al demostrarse rabiomiolisis y muerte por interacción con 25 medicamentos (incluye las estatinas) que no se había visto ni en los estudios *in vitro*, ni en los ensayos clínicos.

La mayoría de las interacciones suceden en el hígado, en el citocromo P.450. Así, la interacción del verapamilo con el metoprolol (que obliga a reducir la dosis del último). O la del nifedipino con la cimetidina. O la de losartán con el fluconazol. O la del diltiazem con la ciclosporina. O el aumento de la biodisponibilidad de felodipino, nitrendipino y nisoldipino por la ingesta de

zumo de pomelo. También hay interacciones bien conocidas a otros niveles, como el aumento de la absorción del losartán que conlleva la inhibición de la secreción ácida del estómago por la cimetidina.

Conclusión

La hipertensión es un factor de riesgo, no una enfermedad. En su cribaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento debe cumplirse el principio básico de la Medicina, el *primum non nocere*. Por ello hay que ser prudentes y científicos, y reducir las intervenciones a las de probado fundamento científico, algunas de las cuales se han repasado en este editorial. Ello exige un compromiso ético exigente con la práctica de la medicina clínica.

Bibliografía básica (orden alfabético)

1. Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, Casson RI, Lam M, MacDonald SE et al. Randomised equivalence trial comparing three and six months of follow-up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004;328:204-206
2. Casi A, Aizpuru F, Ibáñez F, GTCGPCAPSVMFC. Análisis de la calidad de las guías de práctica clínica sobre riesgos cardiovasculares en el País Vasco y propuesta para su evaluación. *Aten Primaria* 2000;26:585-589
3. Coffield AB, Maciosek MV, McGinnis J, Harris JR, Caldwell B, Teutsch SM et al. Priorities among recommended clinical preventive services. *Am J Prev Med* 2001;21:1-9
4. EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001;357:995-1001
5. Flockhart DA, Tanus-Santos JE. Implications of cytochrome P450 interactions when prescribing medication for hypertension. *Arch Inter Med* 2002;162:405-412
6. Gervas J, Pérez Fernández M. El resultado intermedio como problema clínico y de salud pública. A propósito de la mortalidad por cerivastatina. *Med Clén (Barc)* 2002;119:254-259

7. Gervas J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria* 2003;32:158-162

8. Grupo de Estudio sobre el Abordaje Farmacológico de la Hipertensión en Atención Primaria. Selección del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en atención primaria. *Med Clén (Barc)* 2000;114:374-377

9. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovás J, Cerdón F et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:253-261

10. Miguel García F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Aten Primaria* 1998;22:585-595

11. Naylor CD. The complex world of prescribing behavior. *JAMA* 2004;291:104-106

12. Pérez Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clén (Barc)* 2002;118:65-67

13. Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, Schellenbaum G, Pahor M, Alderman MH et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents. *JAMA* 2003;289:2534-2544

14. Rodríguez Artalejo F, Díez Gañán L, Basaldua A, Banegas JR. Effectiveness and equity of serum cholesterol and blood pressure testing: a population-based study in Spain. *Prev Med* 2003;37:82-91

15. Sheridan S, Pignone M, Donahue K. Screening for high blood pressure. A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2003;25:151-158

16. Verdú V. Pornoprevención. *El País* 03/01/03, nº 9.350, pág. 29

Dr. Juan Gervas.

Médico General.

Carencia de la Sierra. Madrid