

Suplementos

Medwave. Año X, No. 11, Diciembre 2010. Open Access, Creative Commons.

Racionalidad de la terapia combinada en el tratamiento de la hipertensión arterial

Expositor: Luis Alcocer⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Hospital General de México, Universidad Nacional Autónoma de México.

doi: 10.5867/medwave.2010.11.4807

Ficha del Artículo

Citación: Alcocer L. Racionalidad de la terapia combinada en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Medwave* 2010 Dic(Supl);10(11). doi: 10.5867/medwave.2010.11.4807

Fecha de publicación: 1/12/2010

Origen: suplemento de Laboratorio Novartis

Uno de los fármacos más recientemente introducidos para el tratamiento de la hipertensión arterial es el aliskirén. Hace 10 años que no se introducía un medicamento de un nuevo grupo, lo que marca un hito fundamental. Hasta los años 40 se pensaba que los medicamentos no servían y producían mayor daño que beneficio. El paradigma ha cambiado de una manera importante, porque ahora se duda sobre algo que parecía ser fundamental para la medicina y es a qué se dedican los médicos. Si se le hubiera preguntado al primer médico de la historia de la humanidad a qué se dedicaba, probablemente habría contestado que a curar o tratar síntomas, porque el médico surge ante la necesidad de curar un problema de salud. En el siglo XVII aparece el término de prevención, por lo que la función del médico es quitar síntomas, curar y prevenir enfermedades o dicho de otro modo, preservar el estado de salud cuando está bien y a restaurarlo cuando está mal. Pero actualmente este concepto no sirve, porque se gira alrededor del concepto salud y enfermedad. Sin lugar a dudas en algunas ocasiones se puede definir que alguien esté enfermo, pero el concepto de que alguien esté sano es algo que ha costado entender. La definición actual de salud, según la Organización Mundial de la Salud, es el bienestar biopsicosocial, definición existente desde los años 40.

Un ejemplo de la definición de salud y enfermedad se refleja en un hecho sucedido en México. Se trata de una persona de 40 años, exitoso en los negocios, lo adoraba su esposa, sus hijos, sus empleados, salía a correr todas las mañanas, atlético, buen mozo, socialmente exitoso, pero tenía una placa de 30% en el tronco principal de la coronaria izquierda y en diez minutos, después de estar perfectamente bien, murió. Entonces surge la pregunta si esa persona es catalogada como sana porque estaba bien o como enferma porque tenía esa placa. Pues no, simplemente es cómo se debe entender actualmente a la medicina, que esta persona era asintomática y de alto riesgo, lo cual se puede definir, porque determinar si está sano o enfermo es muy difícil la mayoría de las veces,

entonces es así como se debe evaluar la situación.

La función del médico hoy en día es aumentar el tiempo de calidad de vida en sus pacientes independientemente de su estado de salud. Es muy presuntuoso decir que se cura, previene o retrasa una enfermedad; es un paradigma muy incorrecto que también se aplica a la hipertensión arterial. Esta enfermedad debe su nombre a cifras tensionales elevadas. Se creería, entonces, que disminuyendo los niveles de presión se solucionaría el problema, pero no es así. Sucedería lo mismo al pensar que si alguien tiene una arteria ocluida, se soluciona el problema con la repermeabilización. Pero tampoco es así y es ésta la esencia del cambio en el que se vive ahora. Se arrastran paradigmas de este tipo, de tal manera que las guías siguen utilizando el mismo concepto. Es preciso revisar una serie de conceptos sobre las evidencias actuales, porque la mayoría de estos conceptos van en contra del sentido común y de lo que la lógica general dice.

La hipertensión arterial explica aproximadamente 30% de la carga global de enfermedad de la especie humana, lo que no es despreciable. En consecuencia, la hipertensión no es un síndrome, un signo o una enfermedad, sino más bien un riesgo y quien la padece tiene un riesgo de adquirir enfermedades vasculares cerebrales, síndromes sistémicos coronarios agudos, deterioro intelectual, síndrome isquémico arterial periférico, e insuficiencia renal, que junto con la insuficiencia cardíaca son los eventos de salud más costosos actualmente. También presenta riesgo de padecer disfunción eréctil y diabetes. La hipertensión arterial lleva a una disminución del tiempo de calidad de vida, y junto con la diabetes, constituye probablemente el 30% de los años de vida que la especie humana pierde.

Este riesgo se produce por la magnitud de la presión arterial: mientras más alta, más riesgo. Pero la edad también es un factor muy importante. Se sabe que la

frecuencia de HTA es 30% en la población general, pero a los 50 años es 50%, a los 60 años 60% y así sucesivamente. El tiempo de exposición y el entorno son también factores muy importantes que explican el 20% del daño en la enfermedad. La hipertensión arterial es sin lugar a dudas un problema mayor, es fácilmente diagnosticable y controlable, sin embargo la mayoría de los pacientes no están controlados.

En relación con la terapia combinada, habría que establecer si la disminución de los niveles tensionales en forma más eficaz sea el objetivo principal. Surge así una verdadera confusión de objetivos entre aquellos relacionados con enfermedades crónicas y aquellos relacionados con cuadros agudos. Esta confusión proviene de la idea establecida que el objetivo del tratamiento es reducir la presión hasta alcanzar las metas, pero el objetivo verdadero del tratamiento es aumentar el tiempo de calidad de vida. En los años 60, personas dedicadas a los negocios introdujeron conceptos de la guerra a la salud, haciendo una distinción a tres niveles y que el médico no tiene bien claros: el primer nivel es de la táctica, que se refiere a lo inmediato; es lo que hay que decidir, cuál es la conducta para resolver el problema. En el caso de la hipertensión arterial la táctica fundamental que se debe adoptar y que es absolutamente correcta y necesaria, es alcanzar metas de presión arterial deseables y el control de los otros factores de riesgo adicionales. En este caso se trata de una condición absolutamente necesaria, pero no suficiente. El otro nivel es el de la estrategia, que en este caso está basada en el riesgo global del paciente, el cual se debe reducir para obtener lo que se considera el punto final de la misión o tercer nivel, que es aumentar tiempo de calidad de vida en el paciente hipertenso.

El concepto de prehipertensión genera gran controversia, ya que si se acepta como tal, aumentarán los gastos y el número de hipertensos. Niveles por debajo de 120/80 mmHg representan un muy bajo riesgo; igual o más de 140/90 mmHg es problema seguro, que es la cifra que se asume como hipertensión; y los valores intermedios deben ser interpretados a la luz de los demás factores, porque 130/85 mmHg para una persona que no fuma, es joven y tiene colesterol y glicemia normales puede no ser un riesgo alto, pero eso mismo para un diabético con albuminuria, si lo es.

Hay tres cosas importantes en el manejo de la hipertensión arterial. Primero, las bajas tasas de tratados; segundo, la incapacidad de lograr las metas; y, tercero, el riesgo residual. Muchos pacientes no saben que tienen la presión arterial alta, de los que saben que la tienen, muchos de ellos no se tratan y de los que se tratan, lo hacen muy mal.

Valsartán, amlodipino, hidroclorotiazida... ¿son la solución para este problema? Las metas del tratamiento están establecidas en los consensos, pero las cosas no son en

realidad como deberían ser. En México, el porcentaje de pacientes tratados que llegan a la meta terapéutica de menos 140/90 mmHg es 4% de la población general y 16% de los que están recibiendo tratamiento, lo que no se debe precisamente a que se gaste poco en salud.

En primer lugar las metas del tratamiento antihipertensivo no son fácilmente alcanzables. En la mayoría de los grandes estudios sobre hipertensión arterial, la meta de presión arterial sistólica no se logra a pesar de que los pacientes están perfectamente controlados. En México, el gasto anual en hipertensión arterial equivale a 51,17% del presupuesto de salud per cápita que es parecido al de Haití; de eso, se gasta la mitad en hipertensión arterial, lo que representa 2,16% del producto interno bruto, que en México es muy alto, esto quiere decir que se gastan más de 3.000 millones de dólares al año en tratamiento antihipertensivo, para que solamente 721.000 mexicanos estén controlados con este gasto. Esto es una llamada de atención para evaluar qué se está haciendo mal.

En los ensayos clínicos hay un grupo de pacientes que recibe tratamiento y otro que no. Desde luego el primero tiene mejores resultados, pero de los casos que no reciben tratamiento, obtenemos el concepto que en epidemiología se denomina riesgo absoluto, vale decir, lo que le ocurre a la población cuando no intervenimos en ella. Sin embargo, hay un grupo de pacientes que a pesar de ser correctamente tratados, siguen teniendo problemas, lo que se conoce como riesgo residual. Este riesgo residual puede expresarse en términos absolutos o relativos y quiere decir que aún siguiendo correctamente los lineamientos del tratamiento y alcanzando las metas, la mayoría de los pacientes tratados continúa con un riesgo no aceptable. Grandes estudios demuestran que el riesgo a 5 años de una población normal es 1% por año. Los pacientes tratados están muy por arriba del riesgo que se esperaría de la población normal, o sea que a pesar de manejarlos bien, no se logra acercarlos al riesgo que tendrían si no fueran hipertensos. Si se obtiene 30% de éxito, quiere decir en términos relativos que hay 70% de fracaso. La razón más importante del riesgo residual es este concepto que el daño causado es irreversible, porque las células dañadas no se pueden reponer ni reemplazar y si se llega tarde al tratamiento antihipertensivo sólo se puede prevenir que el daño se siga propagando. Por otro lado, quizás las metas establecidas no son correctas.

Las cifras de presión no expresan la totalidad del riesgo. Usar una combinación no es sólo para aumentar la eficacia, sino que también porque se ataca un fenómeno que es multifactorial. No se puede sólo bajar la presión arterial y dejar el eje renina-angiotensina-aldosterona acelerado, ya que habrá un daño aun cuando se controle la presión. Entonces, para considerar un tratamiento como adecuado, se le pide alcanzar las metas lo más prontamente posible y a los niveles más bajos posibles, incluyendo el bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosterona como base del tratamiento.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.