

# CAPÍTULO I

## Introducción

Han transcurrido tres años desde la publicación por parte de la SEH-LELHA de la "Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España 2002"<sup>1</sup> y en este breve espacio de tiempo han aparecido varios Documentos o Guías relacionados con la HTA y los factores de riesgo cardiovascular<sup>2-13</sup>. Los más relevantes se publicaron en el primer semestre del año 2003, y fueron el Documento de EE.UU., conocido como el séptimo informe del JNC (JNC-7)<sup>2</sup>, y la Guía que contiene las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión-Sociedad Europea de Cardiología<sup>3</sup>. Del informe JNC-7 debe resaltarse su capacidad de síntesis. El mensaje básico y prácticamente exclusivo fue la necesidad de reducir la PA hasta límites < 140/90 mmHg. Además introdujo un nuevo y controvertido término, el de la "prehipertensión" (PA 120-139/ 80-89 mmHg), con el objetivo de alertar sobre la elevada posibilidad que tienen los sujetos con esos niveles de PA de llegar a ser hipertensos en un plazo medio de tiempo. Asimismo, se inclinó por el uso de los diuréticos tiazídicos en el primer escalón terapéutico de la HTA.

El Documento Europeo destacaba por su mayor profundidad y rigor científico basado en las evidencias obtenidas a partir de los diferentes estudios publicados hasta entonces. Entendía que el objetivo fundamental del tratamiento debía ser la reducción de la morbimortalidad cardiovascular y que, en este sentido, además del control de la HTA era necesario el manejo integral del resto de los factores de riesgo cardiovascular asociados. Ofrecía una tabla de estratificación del riesgo cardiovascular muy útil para la toma de decisiones sobre la terapéutica farmacológica y proponía que en el inicio del tratamiento cualquiera de los cinco grupos farmacológicos básicos podría ser elegido pues lo realmente importante era el descenso de la PA. La SEH-LELHA hizo suyas las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión por considerarlas más ajustadas a nuestro ámbito de aplicación clínica. Ocho sociedades científicas de Europa (incluida la de Hipertensión) redactaron conjuntamente las Guías Europeas de Prevención Cardiovascular<sup>4</sup>, en las que se brindaba un abordaje múltiple de los factores de riesgo y se proponían unas

tablas específicas del riesgo vascular ajustadas para países de alto y de bajo riesgo, como el nuestro (proyecto SCORE). La SEH-LELHA participó en la Adaptación Española de dichas Guías<sup>5</sup>. La nueva Guía de la OMS<sup>6</sup> apenas se distingue de la Guía de la Sociedad Europea de Hipertensión y no ofrece alternativas para los países pobres, con desarrollo sociosanitario y económico retrasado. Expone una tabla más sencilla sobre la estratificación del riesgo vascular

La Guía Británica sigue mostrando una actitud más conservadora con relación al comienzo del tratamiento farmacológico, pero llama la atención la inclusión, al igual que en el Documento de la Sociedad Europea de Hipertensión 2003, de un apartado extenso sobre la necesidad del tratamiento concomitante con estatinas y aspirina<sup>7</sup>.

Del resto de Guías<sup>8-13</sup> deben destacarse los esfuerzos de la *National Kidney Foundation* por simplificar la definición de la enfermedad renal crónica y su consideración como factor de riesgo cardiovascular de primer orden cuando está presente en los pacientes con HTA, bien sea porque tienen una reducción del filtrado glomerular (< 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) o una excreción urinaria de albúmina elevada<sup>8,11</sup>. En nuestro país también se ha publicado recientemente un extenso Documento-Guía que desarrolla la interrelación entre enfermedad renal y enfermedad cardiovascular<sup>13</sup>.

En estos tres años se han publicado numerosos ensayos de intervención terapéutica<sup>14-24</sup> que han consolidado el papel preventivo adscrito a la utilización de IECA y ARAlI en enfermos con alto riesgo vascular o con diabetes; también el beneficio de los antagonistas del calcio dihidropiridínicos en enfermos coronarios o de alto riesgo vascular que contradicen posiciones previas sobre estos agentes. Quizá el hecho más destacado sea la demostración, en el estudio VALUE<sup>19</sup>, de la necesidad de un control estricto y precoz de la PA en hipertensos con patología vascular asociada. Este estudio descarta, quizá de un modo definitivo, el concepto de que puede existir un beneficio más allá del ocasionado por el descenso de la PA.

En nuestro país, a nivel epidemiológico han aparecido en este tiempo algunas publicaciones importantes. La más destacada fue el estudio

poblacional realizado en mayores de 60 años. Incluyó 4.009 sujetos y se comprobó una PA  $\geq 140/90$  mmHg o estar recibiendo tratamiento antihipertensivo en el 68% de los casos<sup>25</sup>. Otro estudio hizo referencia al grado de control de la PA en Unidades de Hipertensión<sup>26</sup>, que fue del 42%. Aunque es lógicamente más alto que en la población general, esta cifra puede considerarse baja pues muchos de esos pacientes eran de alto riesgo. En concreto, en sujetos diabéticos el control para cifras  $< 130/80$  mmHg fue sólo del 10%. Los estudios realizados en población hipertensa tratada y con seguimiento en Atención Primaria, revelan que el grado de control, aún siendo pobre, está incrementándose notablemente en los últimos años y alcanza la cifra del 36%-38%<sup>27,28</sup>.

En este conglomerado de Guías y nuevos estudios, incluidos los relacionados con el efecto antiaterogénico de las estatinas a altas dosis<sup>29,30</sup>, la Guía Española de HTA 2005 recopila esta variada información con la intención de expresarla de manera simple y accesible de forma que los médicos puedan tomar decisiones razona-

das para cada caso individual<sup>31</sup>. Reconoce la dificultad de la aplicación de las diferentes Guías en un segmento de población cada vez más frecuente en la práctica clínica, los pacientes ancianos con patología a múltiples niveles<sup>32</sup>.

Esta Guía es la expresión periódica de la SEH-LELHA y tiene como objetivo fundamental aumentar el grado de detección, tratamiento y control de la HTA en España; esta última es el factor de riesgo cardiovascular y renal modificable más importante<sup>33</sup>. No obstante, esta Guía considera que es también fundamental el control concomitante del resto los de factores de riesgo vascular para, de este modo, contribuir a la disminución de la morbimortalidad cardiovascular y mejorar la duración y calidad de vida de la población<sup>34</sup>. Aboga por el trabajo constante y coordinado de las diversas sociedades científicas implicadas para que en el futuro se pueda concebir una sola Guía de formato sencillo y claro que contemple globalmente el conjunto de actuaciones frente a los factores de riesgo más comunes, la HTA, la hipercolesterolemia, la diabetes y el tabaquismo<sup>35</sup>.