

Intervención en presión arterial elevada

La elevación de la presión arterial por encima de los valores límite constituye un factor principal de riesgo cardiovascular, especialmente para la cardiopatía isquémica, la enfermedad vascular cerebral y la insuficiencia renal. Así, se hace imprescindible el manejo de tal situación con el objetivo final, no de reducir el valor del resultado subrogado de la presión arterial, sino de reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada a este exceso de presión o hipertensión arterial (HTA).

Por este motivo, la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) ha indicado recientemente que el beneficio potencial del tratamiento se centra en la capacidad de reducir la probabilidad de aparición de un episodio cerebrovascular, cardiovascular o renal, mediante el descenso de su presión arterial¹ (tabla 1).

Tratamiento de la HTA

El objetivo expuesto de reducción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos se obtiene mediante la implementación de uno o dos tipos simultáneos de tratamiento^{1,2} (tabla 2): no farmacológico³ y farmacológico⁶.

Tabla 1. Objetivos específicos a alcanzar en presión arterial (PA) en función de los tipos de población¹

POBLACION	OBJETIVO DE PA
Mayores de 18 años	< 140/90 mmHg ^a
Mayores de 55 años	< 120/80 mmHg ^b
Con alto riesgo	< 130/85 mmHg ^c
Con insuficiencia renal y proteinuria > 1 g/24 h	< 125/75 mmHg

^aObjetivo general del tratamiento antihipertensivo para la población en general.

^bObjetivo óptimo de PA.

^cIndividuos con diabetes mellitus o lesión orgánica establecida.

Tabla 2. Tratamiento de la HTA marcado por la SEH-LELHA, acorde con la pauta de la OMS-ISH²

	HTA GRADO 1 ^a	HTA GRADO 2 ^b	HTA GRADO 3 ^c
Sin otros FR	No farmacológico	No farmacológico	Farmacológico
1-2 FR	No farmacológico	No farmacológico	Farmacológico
≥ 3 FR	Farmacológico	Farmacológico	Farmacológico
Enfermedad vascular asociada	Farmacológico	Farmacológico	Farmacológico

^aHTA grado 1: PAS: 140-59 o PAD: 90-9 mmHg.

^bHTA grado 2: PAS: 160-79 o PAD: 100-9 mmHg.

^cHTA grado 3: PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110 mmHg.

FR: factor de riesgo.

Tratamiento no farmacológico

Consiste fundamentalmente en el de los factores causales de riesgo:

- Pérdida de peso.
- Descenso de ingestión de sodio.
- Reducción de la actividad física.
- Inadecuada ingestión de fruta, verduras y potasio.
- Exceso de la ingestión de alcohol.

Diversos estudios han mostrado cómo la actuación de los factores mencionados repercute directamente en una disminución de la presión arterial⁴ (tabla 3).

Mención especial merece la adopción de un adecuado plan de alimentación, referido en la JNC 7^a como DASH plan⁵, que coincide esencialmente con la dieta mediterránea.

Tratamiento farmacológico

Está centrado en la administración de determinados fármacos que cumplan con el objetivo mencionado, entre los que se hallan:

- Diuréticos (tiazídicos, del asa, ahorradores de potasio).
- Bloqueadores beta.
- IECA.
- ARA II
- Calcio antagonistas.
- Otros (de acción central, bloqueadores alfa, vasodilatadores arteriales).

Intervenciones en HTA

A pesar de las recomendaciones existentes para el manejo y control de la HTA, ésta permanece aún en

Tabla 3. Modificaciones en el estilo de vida para el manejo de la HTA²

MODIFICACION	RECOMENDACION	REDUCCION PAS
Peso corporal	Mantener un IMC en 18,5-24,9 kg/m ²	5-20 mmHg/10 kg
Adopción del plan DASH ^{5a}	Consumir dieta rica en fruta, verdura y productos bajos en grasa, con contenido reducido en grasa saturada	8-14 mmHg
Ingestión de sodio	Ingestión máxima diaria de 100 mmol/día (6 g de sal)	2-8 mmHg
Actividad física	Realizar actividad física aeróbica regular, al menos 30 min diarios, varios días a la semana	2-4 mmHg
Ingestión de alcohol	Consumo máximo de alcohol de 2 bebidas diarias ^b	2-4 mmHg

^aPlan DASH: Plan Dietary Approaches to Stop Hypertension (de aproximación dietética para frenar la HTA).

^bEn el caso de mujeres o personas de peso reducido, el máximo es de una bebida diaria.

unos muy bajos valores de control, lo que implica un grave incremento del riesgo cardiovascular. El estudio Controlpres 2001⁷ muestra que sólo el 28,8% de los hipertensos presentaban cifras de PA <140/90 mmHg, y únicamente el 13,9% de los diabéticos hipertensos tenían una PA <130-85 mmHg. Además, existe una

gran proporción de la población hipertensa que no es consciente de su condición, al no presentar diagnóstico alguno. De esta forma, la primera intervención en el tiempo consiste en la detección de individuos que poseen, y desconocen, unos valores elevados de presión arterial⁸ (fig. 1) para remitirles a su médico e iniciar entonces un tratamiento.

El siguiente tipo de intervención se basa en la puesta en tratamiento de todos los individuos diagnosticados de HTA con el objetivo de alcanzar su adecuado control. Como es preciso que la reducción del valor de la presión arterial sea indefinida, el cumplimiento terapéutico es un importante obstáculo a afrontar una vez que el tratamiento se ha instaurado. Los efectos secundarios y, especialmente, la creencia de que su enfermedad ha sido curada, una vez alcanzado un valor adecuado de la PA, son los factores etiológicos fundamentales del incumplimiento del tratamiento antihipertensivo⁹. Por ello, la educación sanitaria del farmacéutico al paciente hipertenso es una de las principales medidas para optimizar el control de su presión arterial (tabla 4). ■

Fig. 1. Detección de individuos con presión arterial elevada. Algoritmo de Pickering⁸ (AMPA: automonitorización de la PA; MAPA: monitorización ambulatoria de la PA).

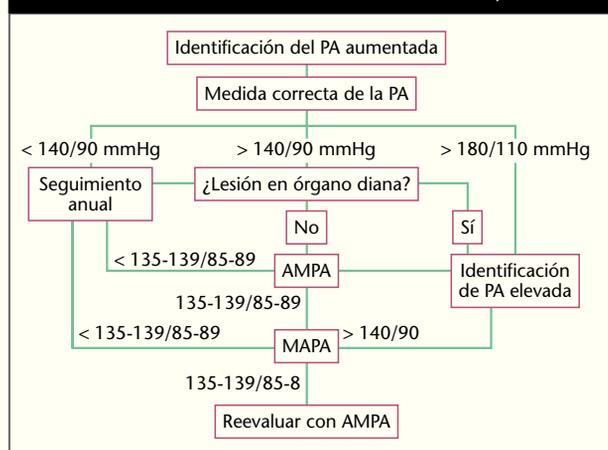


Tabla 4. Principales intervenciones encaminadas a enseñar al paciente a mejorar el control de su presión arterial

• Enseñar la técnica adecuada de automedida de la presión
• Mejorar el cumplimiento terapéutico:
• Prevención, detección y resolución de PRM
• Administración de posologías sencillas
• Empleo de dosis únicas diarias
• Concienciación de beneficios del tratamiento
• Utilización de asociaciones fijas de fármacos
• Estrecho seguimiento
• Concienciación sobre el objetivo terapéutico
• Optimización del tratamiento farmacológico:
• Terapéutica basada en objetivos de control
• Uso de dosis adecuadas
• Empleo de combinaciones de principios activos

Bibliografía

1. SHE-LELHA. Objetivos generales del tratamiento. Hipertensión 2002;19(Supl.3):25-9.
2. Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. J Hypertens 1999;17:151-83.
3. SHE-LEHLA. Tratamiento no farmacológico. Hipertensión 2002; 19(Supl.3):30-3.
4. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, Jones D, et al and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003;42:1206-52.
5. National Heart, Lung, and Blood Institute. Facts about the DASH Eating Plan. NIH Publication No 03-4082. Bethesda, MD. Revised May 2003.
6. SHE-LEHLA. Tratamiento farmacológico. Hipertensión 2002;19(Supl.3): 340-2.
7. Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlpres 2001. Hipertensión 2002;19(9):390-9.
8. Pickering T, for an American Society of Hypertension AD Hoc Panel. Recommendations for use at home (self) and ambulatory blood pressure monitoring. Am J Hypertens 1995;9:1-11.
9. Gallup G, Cotugno H. Preferences and practices of Americans and their physicians in antihypertensive therapy. Am J Med 1986;81(Suppl 6C):20-4.