

Algunas reflexiones y hallazgos de una Unidad de Hipertensión en España

B. Gil Extremera

Unidad de Hipertensión y Lípidos. Servicio de Medicina Interna A. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Al cumplir 15 años la Unidad de Hipertensión del Hospital Universitario San Cecilio de Granada y tras la experiencia adquirida en este dilatado periodo son varios los «hechos» a destacar: 1) la trascendencia de la correcta toma de la presión arterial, huyendo del «redondeo» y realizando tres tomas consecutivas tomando el valor medio de las dos últimas; 2) emplear con cautela el concepto de hipertensión de «bata blanca»; el seguimiento continuado de estos casos y el empleo de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) revelan que realmente son hipertensos; 3) utilizar como valores de normalidad aquellos inferiores a 130/85 mmHg; 4) la alta frecuencia de factores de riesgo (obesidad, diabetes, hiperuricemia, tabaquismo, etc.) acompañantes a la hipertensión de reciente diagnóstico, y 5) la necesidad de tratar en muchos casos de manera intensa (dosis elevadas, mayor número de fármacos, etc.). La experiencia de más de tres lustros y de miles de pacientes atendidos apoyan las ideas aquí recogidas.

Gil Extremera B. Algunas reflexiones y hallazgos de una Unidad de Hipertensión en España. Rev Clin Esp. 2006;206(3):144-6.

Con motivo de cumplirse el XV aniversario (1990-2005) de la Unidad de Hipertensión del Hospital Universitario San Cecilio de Granada y al albur de la experiencia acumulada en este periodo (clínica, docente, investigadora y organizativa) se realiza este breve análisis retrospectivo de los principales logros alcanzados en este periodo de tiempo^{1,2} extrapolables, tal vez, a otras unidades españolas con el objetivo de ofrecer una información clínica, útil y aplicativa a la cotidiana realidad asistencial para el ámbito extrahospitalario.

Los datos que se ofrecen vienen refrendados tanto por la literatura vernácula y foránea como por la «evidencia» clínica diaria tras el ingente número de pacientes del área sur de Granada y provincia atendidos. La milenaria casuística unida al cuasi centenar de ensayos clínicos (SYST-EUR I y II, CONVINCE, VALUE,

Some reflections and findings of a hypotension unit in Spain

The Hypertension Unit, University Hospital San Cecilio of Granada, on fulfilling 15 years and after the experience acquired in this extended period, wants to stress various «facts»: 1) the importance of correctly measuring blood pressure, avoiding rounding off «numbers» and making three consecutive measurements, taking the mean value of the last two; 2) carefully using the concept of «white coat» hypertension; the continuous follow-up of these cases and the use of ambulatory blood pressure monitoring reveal that they are really hypertensive; 3) using those values less than 130/85 mmHg as normality values; 4) the high rate of risk factors (obesity, diabetes, hyperuricemia, smoking, etc.) accompanying recently diagnosed hypertension; and 5) the need to give an intensive treatment in many cases (high doses, greater number of drugs, etc.). The experience of more than fifteen years and thousands of patients seen support the ideas included herein.

Correspondencia: B. Gil Extremera.
Unidad de Hipertensión y Lípidos.
Servicio de Medicina Interna A.
Hospital Universitario San Cecilio.
Avda. Dr. Olóriz, 16.
18012 Granada.
Correo electrónico: blasgil@ugr.es

Aceptado para su publicación el 27 de julio de 2005.

HYVET I y II y tantos otros) permiten una visión oportuna de la enfermedad hipertensiva más allá de la mera aportación bibliográfica.

Veamos algunas pinceladas del problema. En primer lugar, la correcta toma de la presión arterial es condición *sine qua non* para el adecuado control del hipertenso. Son errores habituales, por ejemplo, la tendencia al «redondeo» por el uso de los esfigmomanómetros de mercurio o aneroides y el realizar una toma única en lugar de tres consecutivas con el cálculo medio de las dos últimas. Siguiendo el sencillo proceder de los aparatos automáticos se evitan errores numéricos y una mayor precisión que eludiría considerar a individuos hipertensos como normales y viceversa. Por otro lado, merece especial atención la denominada hipertensión de «bata blanca», término lejano, pero de amplio predicamento. En nuestra experiencia, los casos, con elevaciones tensionales en presencia del médico o del entorno sanitario (hospital, clínica o consulta) consideradas *a priori* como normales merecen una repetida valoración. Con cierta ligereza estos casos se consideran como normotensos; sin embargo, no es infrecuente que tras un seguimiento continuado y la práctica de la «monitorización ambulatoria de la presión arterial» (MAPA) algunos presenten una hipertensión.

tensión verdadera. Es, pues, prudente y oportuno emplear con cautela el término «hipertensión de bata blanca», pues los hechos pueden apuntar en un sentido completamente contrario.

Otro asunto importante es conocer la antigüedad del proceso cardiovascular, pues con frecuencia personas con cifras alrededor de 140/90 mmHg son consideradas como normotensas; o que esa presión sea tenida como «normal» para una determinada edad. Se trata, pues, de errores que explican que un elevado número de pacientes permanezcan sin diagnóstico y obviamente sin tratamiento antihipertensivo. Si, como suele ocurrir, estos individuos tienen además algún otro factor de riesgo (tabaquismo, obesidad, vida sedentaria, hipercolesterolemia, etc.) no debiera sorprender la alta incidencia de episodios, letales o no, de cardiopatía isquémica o de ictus cerebrovascular en un amplio sector de la población presuntamente «sana». La hipertensión «no tratada» o considerada «benigna», según la terminología del pasado, suele mostrar, en nuestra experiencia, otra complicación que puede pasar inadvertida (intolerancia hidrocarbonada [IHC] y/o diabetes). Venimos observando que jóvenes hipertensos, *ex novo*, comienzan con signos deletéreos de la enfermedad (hipertrofia ventricular izquierda, hiperuricemia, microalbuminuria, hiperglucemia, hiperlipemia o incipiente lesión retiniana). Esto es fruto, obviamente, de una hipertensión «oculta» que insidiosa y paulatinamente ha ido cercenando los órganos diana y alterando el metabolismo hidrocarbonado y lipídico^{3,4}.

Es sabido que la hipertensión suele estar acompañada habitualmente de diversos factores de riesgo, circunstancia que obliga a la visión y consideración global de cada caso; es decir, por lo que debe ofrecerse una atención integral u holística⁵. En nuestra experiencia la diabetes tipo 2 (DM-2) no diagnosticada con anterioridad a la hipertensión alcanza el 7,9% de incidencia y la IHC el 23,3%. Estos hechos han demostrado, como era de esperar, que los hipertensos con DM-2 presentan mayor riesgo cardiovascular que los normoglucémicos y los que tienen IHC, respectivamente⁶.

La interrelación entre hipertensión, sobrepeso/obesidad, ronquido y síndrome de apnea del sueño (SAOS) constituye también un asunto de relevancia clínica indudable por las implicaciones patogenéticas que estos factores conllevan. El tratamiento de estos casos incluye pérdida de peso, abstinencia alcohólica, de barbitúricos y de neurolépticos, el empleo de una presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) y el apoyo ventilatorio durante el sueño^{7,9}. Por otro lado, durante largo tiempo se ha tenido como cierta la relación causa-efecto entre edad e hipertensión, de forma que ésta vendría a ser la consecuencia inevitable del paso del tiempo. Semejante mito ha perpetuado la idea de que era nocivo en el anciano tratar la hipertensión por el peligro de provocar isquemia cerebral, cardíaca o de otros órganos. Para erradicar este persistente error han sido necesarios la experiencia clínica contrastada junto a los grandes estudios, como el SYST-EUR, que han demostrado de forma inequívoca la bondad

del tratamiento frente a la actitud nihilista para mejorar la supervivencia, disminuir la morbilidad y la aparición de demencia en estos casos. Se establecía además que las cifras de normalidad son en todo punto similares a la población joven. Por tanto, las «valetundinarias» ideas de presentar una presión arterial según la edad, los conceptos arraigados de hipertensión «nerviosa» y otros similares, a la vista de los recientes hechos, deben quedar sepultados en el olvido¹⁰⁻¹³.

Una última reflexión sobre el grado de control de la hipertensión en el mundo occidental. Las aportaciones de diversas sociedades científicas establecen unas cifras de control que oscilan, en términos generales, del 20 al 25%, con valores de referencia <140/90 mmHg y porcentajes netamente inferiores si el objetivo es <130/85 mmHg. Las causas de esta situación son complejas; una de ellas es la infrautilización farmacoterapéutica por posología insuficiente, monoterapia o combinaciones inadecuadas. En nuestra unidad el «seguimiento» persistente de nuestros pacientes junto al empleo escalonado y progresivo de dosis y número de fármacos nos permiten alcanzar cifras de control (<130/85 mmHg) en torno al 50%, resultados, aunque positivos, todavía lejanos del desiderátum 100%. Por último venimos estudiando el papel de los elementos traza (cinc y magnesio entre otros) en la hipertensión, con hallazgos de hipocincemia y de hipomagnesemia en estos pacientes, lo que implica la posibilidad de una terapia adyuvante con estos elementos. Las deficiencias minerales podrían deberse a la hipertensión *per se* o a la iatrogenia (aumento de la excreción?) farmacológica. Estamos sin duda ante una investigación llena de interesantes lagunas aún por descubrir¹⁴⁻¹⁶.

En resumen, se han producido notables avances en la clínica y tratamiento de la hipertensión, pero aún queda mucho por conocer: prevención, patogenia, farmacología e interrelaciones con otros procesos. Es fundamental diagnosticar pronto y detectar las lesiones incipientes desde la infancia^{17,18} a las edades adultas, sin olvidar a la población anciana. La experiencia demuestra los beneficios inequívocos del tratamiento cuando es correcto, precoz y mantenido en el tiempo^{19,20}. En suma, no cabe la autocoplacencia por lo alcanzado, ni tampoco el nihilismo injustificado ante la primera causa de morbilidad en el mundo occidental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil Extremera B, Álvarez-Sala Walter JL, Cia Gómez I, Fernández Cruz A, Cantero Hinojosa J, García Puig J, et al. 15.º aniversario Unidad de Hipertensión. Factores de riesgo cardiovascular. Hiperlipemia. Hipertensión arterial. Madrid: Ed. Planner Media; 2005.
2. Gil Extremera B, Maldonado Martín A, Soto Más JA, Cantero Hinojosa J, Ruiz Sancho A, Martín Salguero A, et al. La experiencia de tres lustros de una Unidad de Hipertensión (1990-2005). Invest Clin. 2005;8:387-93.
3. Gómez Leyva A, Gil Extremera B, Cantero Hinojosa J, Guzmán Regueiro G. Enfermedad cerebrovascular. Estudio de 433 casos de la provincia de Granada. An Med Intern (Mad). 1988;5:327-32.
4. Gil Extremera B. Hipertensión Arterial, 1997. Ed. Universidad de Granada. Granada; 1997.
5. Bulpitt CJ, Fletcher AE, Thijss L, Staessen JA, Antikainen R, Davidson C, et al. Symptoms reported by elderly patient with isolated systolic hypertension baseline data from the Syst-Eur Trial. Age Ageing. 1999;28:15-22.
6. Gil Extremera B, Pérez Matos AJ, Maldonado Martín A. Intolerancia hidrocarbonada y diabetes tipo 2 *ex novo* en hipertensos. Riesgo Vasc. 2005;1:13-9.

7. Cobo Martínez F, Gil Extremera B, Maldonado Martín A, Luna del Castillo JD, Muñoz Parra F, Huertas Hernández F, et al. Presión arterial nocturna y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:85-8.
8. Gil Extremera B, Maldonado Martín A, Soto Más JA, Gómez Jiménez J. Hipertensión y síndrome de apnea del sueño. *Hipertensión*. 2002;19:321-6.
9. Gil Extremera B, Gómez Jiménez FJ, Soto Más JA. Hipertensión refractaria. Obesidad y síndrome de apnea del sueño. *Hipertensión*. 2005;22: 133-8.
10. Thijs L, Celis H, Clement D, Gil Extremera B, Kawecka Jaszc K, Mancia G, et al. Conventional and ambulatory blood pressure measurement in older patients with isolated systolic hypertension: Second Report on the ABPM project in the Syst-Eur Trial. *Blood Press Monit*. 1996;1:95-103.
11. Staessen JA, Thijs L, Fagard R, Birkenhäger WH, Aradidze G, Babeau G, et al. Calcium Chanel Blockade and Cardiovascular Prognosis in the European Trial on Isolated Systolic Hypertension. *Hypertension*. 1998;32:410-6.
12. Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Birkenhäger WH, Barbarskiene MR, et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled systolic hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial. *Lancet*. 1998;352:1247-51.
13. Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Barbarskiene MR, Babeau S, et al. The prevention of dementia with antihypertensive treatment. *Arch Intern Med*. 2002;162:2046-52.
14. Gil Extremera B, Maldonado Martín A, Rubio Luengo MA. Trace-elements and arterial hypertension. *Dialog Hypertens*. 1992;6:4-6.
15. Rubio Luengo MA, Maldonado Martín A, Gil Extremera B, González Gómez L. Variations in magnesium and zinc in hypertensive patients receiving different treatments. *Am J Hypertens*. 1995;8:689-95.
16. Gil Extremera B, Ruiz López MF, Maldonado Martín A, Ceballos Atienza R, Huertas Hernández F, Soto Más JA. Suplementos de magnesio en la hipertensión. *Am Med Intern (Mad)*. 1999;16 Sup 1:29-32.
17. Maldonado Martín A, García Matarán L, Gil Extremera B, Avivar Oyonarte C, García Grandes ME, Gil García F, et al. Blood pressure and urinary excretion of electrolyte in spanish schoolchildren. *J Hum Hypertens*. 2000;16:473-8.
18. Maldonado Martín A, Rueda Illescas M, Gil Extremera B, Soriano Castrascosa L, Alonso Morales T, García Pérez F, et al. Endothelin and markers of renal damage in hypertensive patients of recent diagnosis. *J Clin Hypertens*. 2002;4:346-55.
19. Bulpitt CJ, Fletcher A, Beckett NS, Coope J, Gil Extremera B, Forette F, et al. Hypertension in the very Elderly Trial (HYVET). Protocol for the Main Trial. *Drug and Aging*. 2001;18:151-64.
20. Bulpitt CJ, Beckett NS, Cooke J, Dumitrascu DL, Gil Extremera B, Nachev C, et al. Results of the pilot study for the hypertension in the very elderly trial. *J Hypertens*. 2003;21:2401-9.