

Predictores de tratamientos antihipertensivos

ÁNGEL SANZ GRANDA

Consultor de farmacoeconomía (asanzgranda@jazzfree.com).



Aunque una gran parte de la población se encuentra afectada por la hipertensión arterial (HTA), no todos los hipertensos se hallan bajo tratamiento antihipertensivo. Existen una serie de variables que determinarán si el paciente estará en tratamiento o no. El farmacéutico puede actuar identificando previamente dichas variables, para modificarlas convenientemente y colaborar en la consecución del objetivo de control de la HTA en todos los pacientes afectados.

La hipertensión arterial es uno de los procesos patológicos de mayor prevalencia ya que, por ejemplo, afecta a más de 50 millones de personas en Estados Unidos. Dicha tasa aumenta considerablemente en función de la edad, por lo que más de la mitad de las personas mayores de 65 años presenta dicha patología.

Debido al gran número de casos existentes en todo el mundo y al hecho de ser un proceso crónico en

el tiempo, puesto que no existe un tratamiento curativo sino paliativo, las principales sociedades científicas han estudiado constantemente este problema sanitario, realizando revisiones periódicas del tratamiento según los nuevos desarrollos de la farmacología y la terapéutica. El Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC) ha revisado recientemente¹ las guías de tratamiento

para la HTA que vienen desarrollando desde hace años, indicando que debe comenzarse el tratamiento cuando la presión sistólica pasa de 140 mmHg y la diastólica de 90 mmHg, de modo que dichas cifras máximas deben ser el objetivo a conseguir para el control de los pacientes hipertensos.

Sin embargo, está ampliamente documentado que un gran porcentaje de los pacientes en cuestión presentan cifras notablen-

te superiores a las recomendadas por la JNC y otros organismos internacionales, por lo que el control de la HTA sigue siendo una asignatura pendiente en multitud de casos.

Consecuencias de la falta de control

El problema de la falta de control de este proceso radica en las complicaciones que acarrea a medio y largo plazo. Ya desde el Framingham Heart Study se conocen perfectamente los factores de riesgo que conducen a la patología coronaria, siendo la presión arterial un factor de muy elevado peso específico en la etiología de las complicaciones. A pesar de lo expuesto, se constató muy recientemente que en una muestra de 1.200 médicos de atención primaria de Estados Unidos el 33% no comienza un tratamiento farmacológico hasta que la presión diastólica no sobrepasa los 95 mmHg, y que el 43% no la inicia hasta que la presión sistólica no supera los 160 mmHg².

Por otro lado, dada la cronicidad del tratamiento, así como los potenciales efectos adversos que el tratamiento farmacológico de la HTA presenta, la adherencia a dicho tratamiento no es excesivamente alta, por lo que el cumplimiento terapéutico desciende considerablemente, lo que explica el bajo porcentaje de hipertensos bien controlados.

Los estudios clínicos que conducen a las cifras reconocidas por la JNC apuntan la posibilidad de que el tratamiento antihipertensivo podría beneficiar al paciente si se obtuviera como objetivo una menor cifra de presión diastólica, rebajando ésta hasta 80-85 mmHg. A partir de dicho supuesto, se ha realizado un modelo de Markov que, utilizando las ecuaciones de riesgo relativas a la presión arterial, calcula la prevalencia futura, así como los costes de la patología cardiovascular que se producirá posteriormente³. De esa forma, se calcula que en los próximos 10 años se experimentarán más de 750.000 complicaciones

Tabla 1. Estimación de la prevalencia de complicaciones cardiovasculares, así como del ahorro en costes por paciente/año, si se alcanzasen los distintos objetivos de presión arterial

Control de presión diastólica	Número de complicaciones	Ahorro anual por paciente (en dólares)
> 90 mmHg	750.000	
< 90 mmHg	625.000	600
< 80 mmHg	575.000	850

cardiovasculares en los pacientes que no se hallan adecuadamente controlados en su presión arterial, con un coste superior a los 17.000 millones de dólares. Los estudios preliminares del estudio Hypertension Optimal Treatment (HOT) indican que del total de complicaciones estimadas se pueden evitar 125.000 casos si la presión diastólica queda por debajo de 90 mmHg, y que si desciende hasta los 80 mm, el número de casos prevenidos sería de 175.000 (tabla 1).

La JNC apunta la posibilidad de que el tratamiento antihipertensivo podría beneficiar al paciente si se obtuviera como objetivo una menor cifra de presión diastólica, rebajando ésta hasta 80-85 mmHg

Lo anteriormente manifestado se traduce en una reducción de costes por paciente de 600 dólares, en el período analizado de 10 años, al descender la cifra tensional por debajo de 90 mmHg, y que sería de 700 e incluso 850 dólares por paciente si la presión arterial se situara sobre los 85 u 80 mmHg, respectivamente.

Predictores del problema

El tratamiento de la HTA, mediante el cambio en el estilo de vida junto con el tratamiento farma-

cológico, es vital para la prevención de las complicaciones que se originan, lo cual tiene una trascendencia considerable en los costes asociados a la patología. Existen igualmente otras variables que influyen decisivamente en el desenlace final de la patología y que afectan notablemente a los costes. Algunas de ellas son de difícil intervención por parte del farmacéutico, si bien desde la oficina de farmacia se puede colaborar decisivamente en la mejora de los resultados obtenidos, lo que se traduce en una disminución de las complicaciones asociadas a la HTA, así como en un ahorro en los costes originados.

Utilizando los datos del National Medical Expenditures Survey (NMES), algunos autores⁴ han evaluado el impacto de los diversos factores en el uso y costes del tratamiento de la patología analizada. Así, de una muestra de 34.459 individuos se identificó a 6.398 mayores de 18 años diagnosticados de HTA en los que se investigó la demanda de tratamiento antihipertensivo, utilizando una combinación de variables de tipo clínico y no clínico, principalmente socioeconómicos, estilo de vida y predictores clínicos (tabla 2).

Las variables socioeconómicas fundamentales fueron edad, sexo, raza, ingresos familiares, etc. De ellos, la edad fue el parámetro con mayor dependencia, observándose una relación creciente entre uso de tratamiento farmacológico y el aumento de la edad. Una variable socioeconómica analizada que presentó una respuesta muy interesante fue la actitud hacia el riesgo de la percepción de la salud, la cual fue evaluada mediante un cuestionario en el que se debía responder el grado de acuerdo o de desacuerdo acerca de diferentes

Tabla 2. Variación de la probabilidad de estar en tratamiento antihipertensivo en función de la variable analizada separadamente

Variable analizada	Probabilidad de tratamiento
Sexo femenino	+ 33%
Índice de masa corporal > 30	+ 62%
Tabaquismo	- 27%
Muy alto riesgo	- 38%
Alto riesgo	- 24%

cuestiones, clasificando entonces a los pacientes en muy alto, alto, moderado, bajo y sin riesgo. Una observación obtenida en este apartado, en el que el farmacéutico puede realizar intervenciones adecuadas, fue la demostración de una relación directa entre actitud de riesgo y la probabilidad de estar bajo tratamiento farmacológico. De esta forma, los pacientes clasificados como de muy alto y alto riesgo estaban asociados con una menor probabilidad de estar bajo tratamiento. Esta medida de la actitud al riesgo puede ser muy útil en el análisis del cumplimiento terapéutico del paciente hipertenso, pues se ha observado en otras ocasiones que la adherencia al tratamiento por parte del paciente viene determinada fuertemente por el grado de riesgo percibido por aquél, por lo que se puede presuponer que los de mayor riesgo presentarán menor adherencia al tratamiento y el grado de cumplimiento será menor, con lo que el éxito en el control de la HTA disminuirá y la probabilidad de complicaciones se verá incrementada.

Entre las variables de estilo de vida se incluyeron la obesidad, el tabaquismo y el ejercicio realizado. Se encontró una fuerte influencia entre el grado de obesidad y la utilización de terapia antihipertensiva, siendo ésta mayor en los más obesos. Sin embargo, respecto del tabaquismo se observó que aquellos que más fumaban eran los que menor tasa de utilización de tratamiento farmacológico poseían, lo que evidenciaba que éstos, además del riesgo para su salud producido por el tabaco, son los que más evitaban el tratamiento médico. Por último, no se evidenció relación

alguna entre el ejercicio regular y la probabilidad de estar en tratamiento antihipertensivo.

Respecto de las variables clínicas analizadas, como otras patologías simultáneas, se observó que sólo los hipertensos que habían tenido un ataque al corazón o alguna otra cardiopatía mostraron mayor probabilidad a estar en tratamiento antihipertensivo que otro tipo de pacientes con HTA.

La concienciación de la necesidad de tratamiento antihipertensivo del fumador habitual, aumentaría el grado de adherencia de éste hacia el tratamiento

Actuación farmacéutica

Lo expuesto tiene una clara implicación en la evolución de la patología, pudiendo el farmacéutico actuar muy positivamente en la desviación de las variables analizadas hacia un comportamiento que permita una mayor consecución de los objetivos expuestos.

La primera de ellas es la información y asesoramiento al paciente acerca de la importancia del control de su presión arterial, dirigiendo al médico posteriormente a aquellos en los que se descubre hipertensión arterial.

Una de las variables estudiadas, que puede ser influenciada por la actuación farmacéutica y que repercutirá muy decisivamente en la mejora en los resultados alcanzados, así como en un notable ahorro de costes asociados, es el estilo de vida del paciente: toda actuación individual o colectiva dirigida hacia el abandono del tabaquismo o, como mínimo, a la drástica reducción del consumo de tabaco, contribuirá muy decisivamente a la mejora del control de la presión arterial. A la vista del resultado en esta variable, un esfuerzo adicional dirigido a la concienciación de la necesidad de tratamiento antihipertensivo del fumador habitual, aumentaría el grado de adherencia de éste hacia el tratamiento, con unas obvias consecuencias favorables. Del mismo modo, cualquier esfuerzo encaminado hacia la reducción de peso, en el caso de hipertensos obesos, tendrá una sensible respuesta positiva.

Por último, merece especial atención la detección de pacientes dotados de elevado riesgo hacia la percepción de su propia salud, pues las actuaciones dirigidas a este grupo de pacientes contribuirán indirectamente a mejorar el cumplimiento terapéutico del tratamiento. □

Bibliografía

1. The sixth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1997; 157: 2413-2446.
2. Hyman D, Pavlik V. Self-reported thresholds, drug choices and the role of guidelines and evidence-based medicine. Arch Intern Med 2000; 160: 2281-2286.
3. Huse D. An economic model of cardiovascular disease in hypertensives receiving pharmacologic treatment (www.pharminfo.com/meeting/APOR/apor97_2.html).
4. Huttin C, Moeller J, Stafford R. Patterns and costs for hypertension treatment in the United States. Clin Drug Invest 2000; 20 (3): 181-195.