

CARTES AL DIRECTOR

SOBRE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y SU TRATAMIENTO

Señor Director: La hipertensión arterial esencial es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y su efecto perjudicial se ejerce con una intensidad proporcional a su elevación, aunque no todos los enfermos parecen correr el mismo peligro. En general se está de acuerdo ahora en la conveniencia de normalizar sus cifras y en intentar conseguirlo con el empleo en primer lugar de las medidas no farmacológicas, a no ser que las peculiaridades del caso aconsejen el uso inmediato de los fármacos.

Los problemas que quisiera plantear en esta carta son los siguientes. Primero, ¿existe algún medio para descubrir al enfermo hipertenso que realmente corre un riesgo de sufrir una complicación cardiovascular?. Segundo, ¿existe algún medio para reducir las complicaciones cardiovasculares que los enfermos hipertensos siguen sufriendo aunque sus cifras tensionales se hayan normalizado?. Tercero, ¿se ha demostrado ya que los nuevos fármacos antihipertensores disminuyen la morbilidad y la mortalidad cardiovascular producidas por la hipertensión?.

En relación con la primera pregunta, conviene excluir como es natural a los enfermos con hipertensión arterial moderada, grave, acelerada o maligna o con una urgencia o emergencia hipertensiva (1), la conveniencia de cuyo tratamiento está fuera de toda duda, y centrar la discusión principalmente en los casos de hipertensión arterial ligera (presión diastólica entre 90 y 104 mm de Hg). En estos enfermos el riesgo está relativamente aumentado pero no es grande en términos absolutos a no ser que se calcule para un largo periodo de tiempo. Hay datos en favor de que en esta población hay una heterogeneidad pronós-

tica (2), que quizá sea debida a las características demográficas (raza, sexo, edad y estado socioeconómico) y a otros factores asociados de riesgo cardiovascular como el hábito de fumar, la hipercolesterolemia, la intolerancia a la glucosa y la presencia de lesión de los órganos diana (en los estudios epidemiológicos y terapéuticos convendría considerar a algunas de estas complicaciones, p. ej. la hipertrofia ventricular izquierda o la disminución de la filtración glomerular, como eventos **intermedios** y a otras, p. ej. el accidente coronario o el ictus, como eventos **finales**) y a las cifras de presión arterial a lo largo de las 24 horas. Si la hipertensión arterial es ligera, las mujeres blancas sin otros factores de riesgo corren menos peligro que los varones, por lo que puede estar justificado un nivel más alto de presión para iniciar el tratamiento o como objetivo del mismo (3,4). Por otra parte, un estudio reciente en Finlandia mostró una asociación positiva gradual entre presión arterial y supervivencia en sujetos de más de 85 años de edad (5). Otros estudios previos habían mostrado una falta de asociación entre hipertensión y mortalidad en los ancianos de 75 años o más (6,1), pero no una ventaja en relación con la supervivencia; en este grupo no se ha evaluado todavía el riesgo de la hipertensión sistólica y diastólica (1). Además, no se ha demostrado todavía que el tratamiento de hipertensión sistólica aislada, que es especialmente frecuente en los ancianos, sea beneficioso (7), a pesar de la relación que existe entre ella y la morbi-mortalidad cardiovascular. Así, de entre la heterogeneidad pronóstica de los enfermos con hipertensión arterial, cabría clasificar en un grupo de pronóstico mejor a las mujeres blancas con hipertensión arterial ligera sin otros

factores de riesgo. La necesidad de tratar la hipertensión arterial, especialmente la hipertensión sistólica aislada, en los sujetos de 75 años o más es una cuestión que no está resuelta todavía.

En relación con la segunda pregunta, conviene recordar que en los ensayos controlados se ha mostrado que el simple tratamiento de la hipertensión arterial, sin atender a otros factores de riesgo, reduce la morbilidad cardiovascular pero tiene poco o ningún efecto sobre la cardiopatía isquémica (8). Tanto en los sujetos hipertensos tratados como en los no tratados, el riesgo de sufrir una complicación cardiovascular a un determinado nivel tensional varía de acuerdo con la presencia o ausencia de otros factores de riesgo (9). Los hipertensos tratados que fuman tienen de 2 a 3 veces más mortalidad total, mortalidad cardiovascular y morbilidad cardiovascular y coronaria que el grupo similar que no fuma. Lo mismo ocurre con la mortalidad cardiovascular y con la morbilidad cardiovascular y coronaria cuando los enfermos tienen una afectación de los órganos diana. La hipercolesterolemia aumenta independientemente la mortalidad cardiovascular y coronaria en algunas series de hipertensos tratados, pero no hay acuerdo en cuanto a la mortalidad. Por otra parte, los resultados hallados en hombres hipertensos por el **Primary Prevention Trial in Göteborg** indican que un descenso combinado de la presión arterial y del nivel del colesterol sérico durante la evolución a largo plazo, parece ser necesario para conseguir una reducción sustancial de la morbilidad cardiovascular y coronaria (9). Así, no sólo la suma de factores de riesgo supone un mayor peligro cardiovascular, independientemente de que la hipertensión se trate o no, sino que hay pruebas del beneficio del tratamiento combinado de dichos factores.

En relación con la tercera pregunta, cabe decir que el efecto a largo plazo de los nuevos fármacos antihipertensores, especialmente los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina I, los antagonistas del calcio y los bloqueadores de los receptores adrenérgicos alfa I, sobre la

mortalidad y la morbilidad cardiovascular asociadas a la hipertensión arterial, sigue siendo una incógnita. De ahí que la **Canadian Hypertension Society Consensus Conference on the Pharmacologic Treatment of Hypertension** (10) siga recomendando en 1989 que se usen los beta-bloqueadores o los diuréticos como medicamentos de primera línea para la mayoría de pacientes con hipertensión arterial esencial no complicada y que se reserven otros agentes para los enfermos que sufren enfermedades coexistentes o que están en circunstancias especiales. De los resultados del **Medical Research Council Study** (11) parecía deducirse una influencia del hábito de fumar sobre el efecto preventivo del propranolol, que no se ha confirmado en otros estudios (12,13) y quedan por confirmar (3) los efectos desfavorables de los diuréticos sobre la cardiopatía isquémica si hay anomalías electrocardiográficas en reposo (14). Además, los nuevos antihipertensores son generalmente más caros que los beta-bloqueadores y los diuréticos y la relación coste-efectividad es difícil de calcular para ellos porque el avance que suponen no ha sido documentado aún por estudios clínicos amplios (15). Sin embargo, de sus efectos sobre los factores de riesgo cardiovascular (16,17,18) y la calidad de la vida (19) se presumen algunas ventajas y su uso permite además una mejor individualización de los tratamientos (20). Las tiacidas se indicarían como monoterapia o como tratamiento inicial en los enfermos de más de 50 años y en aquellos con asma bronquial, hipertensión sistólica aislada, insuficiencia cardíaca congestiva, urolitiasis cálcica u obesidad asociada o con recursos económicos limitados. Los beta-bloqueadores se usarían primero en enfermos de menos de 50 años y en aquellos con enfermedad coronaria, gota articular, migraña, ansiedad o hipertiroidismo. Los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina I se usarían primero en los atletas y en enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva por disfunción sistólica, estenosis de arteria renal unilateral, diabetes mellitus y esclerosis sistémica progresiva. Los antagonistas del calcio se usarían primero como una al-

ternativa a los diuréticos en los enfermos de más de 50 años, como una alternativa a los beta-bloqueadores en los enfermos con cardiopatía coronaria y en aquéllos con enfermedad vascular periférica, fenómeno de Raynaud (nifedipina) y taquicardia auricular paroxística o disfunción diastólica (verapamil). Finalmente, los bloqueadores de los receptores adrenérgicos alfa 1 se usarían primero en los enfermos con hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Así, los nuevos antihipertensores ofrecen alternativas al tratamiento de primera línea y a los tratamientos combinados que parecen

ventajosas, aunque es conveniente que el médico sepa que su coste es generalmente superior al de los beta-bloqueadores, los diuréticos y otros medicamentos convencionales y que sus ventajas son teóricas por el momento (es prematuro extrapolar los efectos antihipertensores a corto plazo a los beneficios cardiovasculares a largo plazo (21).

A. Caralps
Servicio de Nefrología
Hospital de Badalona "Germans Trias i Pujol"

BIBLIOGRAFIA:

1. Caralps, A.: *Med Clin.* 88, 683-685, 1987.
2. Gordon, T., Sorlie, P., Kannel, W.B.: *Us Dept. of Health, Education, and Welfare, National Institutes of Health, Bethesda, Md*, 1-42, 1971.
3. Cutler, J.A., Horan, M.J., Reccella, E.J., Zusman, R.M.: *Hypertension* 13 (Suppl 1), 1-167-1-170, 1989.
4. Browner, W.S., Hulley, S.B.: *Hypertension* 13 (Suppl 1), 1-51-1-56, 1989.
5. Mattilea, K., Maaviste, M., Rajala, S., Heikinhiemo, R.: *Br. Med. J.* 296, 887-889, 1988.
6. Kirkendall, W.M.: *Am. J. Cardiol* 57, 63-68C, 1986.
7. Applegate, W.B.: *Ann. Int. Med.* 110, 901-915, 1989.
8. Moser, M.: *Am. J. Med.* 80 (Suppl 5B), I-II, 1986.
9. Samuelsson, O.: *Drugs* 36 (Suppl 3), 9-20, 1988.
10. Myers, M.G., Carruthers, S.G., Leenen, F.H.H., Maynes, R.B.: *Canad. Med. Ass. J.* 140, 1141-1146, 1989.
11. Anónimo: *Br. Med. J.* 291, 97 - 104, 1985.
12. Anónimo: *J. Hypertens.* 3, 379-392, 1985.
13. Wilhelmsen, L., Berglund, G., Elmfeldt, D., Fitzsimens, T., Helzgreve, H., Hesie, J., Hörnkvist, P.-E., Pennert, K., Tuemilethe, J., Wedel, M.: *J. Hypertens.* 5, 561-572, 1987.
14. Cutler, J.A., MacMahen, S.W., Furberg, C.D.: *Hypertension* 13 (Suppl 1), 1-36-1-44, 1989.
15. Russell, L.B.: *Hypertension* 13 (Suppl 1), 1-141-1-144, 1989.
16. Drayer, J.I.M.: *Arch. Int. Med.* 145, 1583-1584, 1985.
17. Mourad, G., Mimran, A., Mion, C.M.: *Nephron* 41, 166-169, 1985.
18. Raji, L.: *Hypertension* 8 (Suppl 1), 30-33, 1986.
19. Croog, S.H., Levine, S., Testa, M.A., Brown, B., Bulpitt, C.J., Jenkins, C.D., Klerman, G.L., Williams, G. H.: *N. Engl. J. Med.* 314, 1657-1664, 1986.
20. Black, H.R.: *Hypertension* 13 (Suppl 1), 1-149-1-153, 1989.
21. Yusuf, S., Furberg, C.D.: *Cardiovasc. Drug Ther.* 1, 343-344, 1987.