

Palabras clave

Adherencia al tratamiento, comorbilidades, interacciones farmacológicas, factores socioculturales y económicos, relación médico-paciente.

Abreviaturas utilizadas

ARA: antagonistas del receptor de angiotensina
IECA: inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina
NHANES: *National Health and Nutrition Examination Survey*
PA: presión arterial
RMP: relación médico-paciente
SRA: sistema renina-angiotensina

Síntesis Inicial

1. La respuesta individual al tratamiento antihipertensivo es multifactorial. Para evaluarla, no debe olvidarse que el objetivo es lograr el control de la mayor cantidad posible de factores de riesgo.
2. La estrategia terapéutica debe tomar en cuenta las comorbilidades que el paciente presenta y elegir fármacos que no interfieran con el control de estas. De todas maneras, el objetivo prioritario es siempre reducir la presión arterial.
3. Los factores culturales, sociales y económicos deben ser siempre considerados, y adaptar a ellos las indicaciones terapéuticas.
4. La relación médico-paciente, y en particular la capacidad de escuchar del médico, a fin de conocer quién es el paciente y no solamente cómo es su enfermedad, son condicionantes fundamentales de la respuesta al tratamiento.

La respuesta individual al tratamiento antihipertensivo depende de múltiples factores que pueden clasificarse en tres categorías: a) dependientes de la estrategia elegida, b) dependientes del paciente y c) dependientes del médico. Las metas terapéuticas deben entenderse no solamente como la consecución de un determinado descenso tensional (en términos estrictamente numéricos), sino como la disminución efectiva de la carga de riesgo y, fundamentalmente, como la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedad cardiovascular.

Es bien conocido que los factores de riesgo cardiovascular son inadecuadamente controlados en todo el mundo. En los Estados Unidos, el Estudio NHANES ha demostrado que, promediando la primera década del siglo XXI, el efectivo control de la hipertensión arterial no superaba el 45%.¹ Los estudios EUROASPIRE, llevados a cabo en 8 países europeos entre 1999 y 2007, encontraron de igual forma resultados sumamente desalentadores para casi todos los factores de riesgo.²

En el presente capítulo se analizarán los distintos aspectos que condicionan el tratamiento en el paciente individual y cuáles podrían ser los pasos a seguir para mejorar los resultados que se obtienen actualmente.

LA ESTRATEGIA ELEGIDA

Las modificaciones del estilo de vida deben ser indicadas en todos los pacientes. En la gran mayoría de los casos constituirán un factor adyuvante de la terapia farmacológica y solo en una ínfima minoría bastarán como único tratamiento. La falta de cumplimiento de los objetivos, tales como descenso ponderal, dieta hiposódica e hipograsa, limitación del consumo de alcohol, abandono del tabaquismo y práctica de actividad física aeróbica, es una constante en todo el mundo. No es suficiente que se informe adecuadamente acerca de los potenciales beneficios de estas medidas. Resulta imprescindible que los pacientes encuentren placer en

los hábitos de vida saludable. Para ello, deberá recurrirse a nutricionistas que asesoren en la preparación de alimentos agradables al paladar, como así también a técnicas de deshabitación tabáquica y alcohólica, que incluyen desde grupos de autoayuda hasta recursos medicamentosos. Inducir la práctica de ejercicio físico moderado y enfatizar la sensación de bienestar que provoca, por la liberación de endorfinas, es una intervención imprescindible. Más difícil resulta modificar los factores psicoemocionales que hoy se consideran importantes factores de riesgo cardiovascular, como el stress, los trastornos de ansiedad y la depresión. La indicación de psicoterapia y, eventualmente, de medicación antidepressiva y/o ansiolítica podrá estar indicada en algunos casos.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la elección de fármacos debe contemplar la presencia de comorbilidades. En aquellos pacientes en los que exista resistencia insulínica (obesidad central y/o dislipidemia aterogénica con o sin diabetes de tipo II) será de elección el bloqueo del SRA a través de IECA o de ARA, o los calcioantagonistas. Los diuréticos tiazídicos o símil-tiazidas, como así también los betabloqueantes tradicionales, no deberían elegirse para estos pacientes, por su potencial efecto negativo sobre los lípidos y diabético. Los diuréticos siguen siendo el medicamento de elección en pacientes mayores sin comorbilidades. En mujeres posmenopausicas con osteoporosis los diuréticos son fármacos de elección debido a su efecto hipocalciúrico.

La hipertensión arterial resistente, definida como aquella que no alcanza la meta de PA menor o igual a (símbolo!) 140/90 mm Hg con tres fármacos en dosis óptima (dosis adecuadas y no necesariamente dosis máxima), una de las cuales debería ser un diurético, puede requerir el agregado de otro tipo de fármacos, como el bloqueo de la aldosterona con espironolactona o eplerenona. Recientes estudios en Estados Unidos y en Europa muestran una prevalencia de hipertensión resistente cercana al 13%. Antes de formular este diagnóstico, deben descartarse diversos factores que pueden obstaculizar el logro de los objetivos terapéuticos.⁴

De todas maneras, en aquellas situaciones en las que no sea posible elegir el medicamento antihipertensivo, como ocurre a menudo en la medicina hospitalaria, en la que al paciente de bajos recursos económicos solo se le provee un tipo fármaco, no debe perderse de vista que el descenso de la PA hasta alcanzar las metas es el objetivo fundamental y debe intentarse con los medicamentos que se tengan disponibles. En la mayoría de los casos se necesitan dos o más fármacos para lograr las metas y, en tal sentido, las asociaciones fijas son una ayuda importante para conseguir la adherencia, teniendo en cuenta la utilización de fármacos de cobertura de 24 horas en forma de un único comprimido diario.³

FACTORES DEPENDIENTES DEL PACIENTE

Adherencia al tratamiento

Al tratarse de una enfermedad crónica asintomática es un hecho habitual que los pacientes abandonen en forma definitiva el tratamiento u olviden una o más dosis en forma intermitente.

Resulta fundamental hacer comprender a pacientes y familiares la importancia del tratamiento continuo y su no interrupción por encontrarse con cifras normales de PA. La indicación por escrito de los medicamentos no debe omitirse. En cuanto al olvido de dosis, la prescripción del menor número de comprimidos diarios posibles resulta muy importante y para ello debe preferirse la elección de fármacos de acción prolongada. En aquellos casos en que factores culturales, cognitivos o trastornos del lenguaje puedan constituir barreras para lograr la adherencia, debe requerirse la presencia de un familiar. Es importante no amonestar al paciente por eventuales olvidos. Hacerle saber que esto ocurre frecuentemente y preguntarle si puede ser este un problema para él puede ser útil, como así también solicitarle que traiga al consultorio los medicamentos a fin de verificar si los toma de manera correcta. Por otra parte, los efectos colaterales son una frecuente causa de abandono de la medicación. Interrogar a este respecto a fin de poder formular las modificaciones necesarias al plan terapéutico resulta insoslayable.⁵

Fenómeno de guardapolvo blanco

La presencia de cifras de PA por encima de 140/90 mm Hg en el consultorio con cifras normales fuera este constituye una reacción fóbica ante la toma de la PA por el médico y se conoce como “fenómeno de guardapolvo blanco”, y puede afectar alrededor del 30% de los pacientes hipertensos. Una vez comprobado que el paciente toma adecuadamente la medicación, ante la existencia de PA elevada en el consultorio, está indicada la medición ambulatoria de PA. En primer lugar, la toma domiciliaria (automedición) con un equipo validado y adecuadamente calibrado permite determinar si el promedio de las mediciones supera 135/85 mm Hg. En tal caso, debe intensificarse el tratamiento. En caso contrario, el monitoreo de PA de 24 horas permitirá diagnosticar definitivamente el efecto guardapolvo blanco. Si el promedio de 24 horas es menor de 130/80 mm Hg y/o el promedio de las tomas diurnas menor de 135/85 mm Hg, se trata de este fenómeno y se debe continuar con el mismo plan terapéutico.⁶

Las comorbilidades y las interacciones de fármacos

Los pacientes ancianos suelen tener hipertensión sistólica aislada y el descenso de la PA en ellos es difícil. Sin embargo, todos los hipertensos mayores, incluso con edad superior a los 80 años, se benefician con el tratamiento antihipertensivo. Debe sospecharse el fenómeno de pseudohipertensión cuando el paciente refiere mareos y/o debilidad en relación con la toma de la medicación y al mismo tiempo no se verifica compromiso significativo de órganos blanco, a pesar de las cifras de PA muy elevadas. La maniobra de Osler consiste en ocluir con el mango del tensiómetro la arteria humeral a una presión superior a la sistólica, lo cual debe hacer desaparecer el pulso radial. Si dicho pulso se sigue palpando a pesar de la oclusión, o bien se sigue palpando la arteria radial, se trata de rigidez arterial por aterosclerosis y las cifras obtenidas sobreestiman la PA real.⁴

Estos pacientes presentan con frecuencia enfermedad coronaria y su riesgo de infarto se incrementa al reducir la presión diastólica más allá de 70 mm Hg (curva J), por lo cual se debe ser muy cauto con el tratamiento antihipertensivo.⁷

Otras causas de reducción del efecto de los fármacos son la obesidad y la insuficiencia renal. En ambos casos, la retención de sodio y agua provocan sobrecarga volumétrica, por lo cual se debe enfatizar el descenso ponderal y la pérdida de volumen mediante el uso de diuréticos en el caso de insuficiencia renal. En este sentido, debe destacarse que la sobrecarga de volumen no siempre se manifiesta como edemas en el examen físico y debe ser considerada en los pacientes que no reducen su PA a pesar de múltiples fármacos, aun cuando uno de ellos sea una tiazida en baja dosis. Cambiar la tiazida por clortalidona es un primer paso recomendable, por cuanto esta última tiene más duración de acción y reduce más la PA que una dosis equivalente de hidroclorotiazida. Debe tenerse en cuenta que estos diuréticos solo son efectivos si la función renal es normal. Con valores de filtrado glomerular menor de 30 ml/minuto debe elegirse un diurético de asa. La furosemida requiere ser administrada 2 o 3 veces por día. La torasemida tiene vida media más prolongada.⁸

La toma de medicamentos presores (tabla 102-1) también suele provocar interacción con los fármacos antihipertensivos. En la medida de lo posible, es conveniente evitar estos fármacos en pacientes hipertensos, y cuando no sea esto posible, se requiere un control de la PA más estrecho y, de ser necesario, deberá incrementarse la dosis de los medicamentos utilizados para tratar la hipertensión arterial. Es particularmente frecuente en pacientes mayores que toman antiinflamatorios no esteroides por patología osteoarticular, que la hipertensión arterial se vuelva mucho más fácil de manejar cuando se logra suspender este tipo de medicamentos (por ej., luego de la colocación de una prótesis articular).

Hipertensión secundaria

Si, a pesar de todo lo antes enumerado, sigue sin lograrse la respuesta terapéutica deseada, debe reconsiderarse el diag-

nóstico de una posible hipertensión secundaria. Entre las causas probables en este tipo de pacientes deben tenerse en cuenta la apnea obstructiva del sueño, el hiperaldosteronismo primario y la estenosis de la arteria renal. Particularmente en pacientes obesos, si se presentan ronquidos y/o somnolencia diurna, la indicación de una polisomnografía está justificada, ya que la presión positiva en la vía aérea (CPAP nasal) mejora el manejo de la hipertensión arterial y el riesgo cardiovascular. Asimismo, el índice aldosterona-renina matinal es útil para descartar hiperaldosteronismo primario, aunque el manejo farmacológico previo al estudio, en pacientes refractarios, puede ser dificultoso. Además, la confirmación diagnóstica deberá asociar un test de supresión salina. En cuanto a la hipertensión renovascular, si bien es importante el diagnóstico de displasia fibromuscular en personas jóvenes, la identificación de un ateroma de arteria renal en hipertensos mayores tiene menos trascendencia, dado que la revascularización no ha mostrado mejores resultados que el tratamiento médico.⁹

FACTORES DEPENDIENTES DEL MÉDICO

Es evidente que la explicación del significado de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular y de la importancia de su control adecuado, conjuntamente con el de las comorbilidades asociadas, no son suficientes para lograr que el paciente acepte ser adherente a las medidas terapéuticas recomendadas y sostenerlas con el correr del tiempo. La hipertensión arterial es un motivo de consulta en una minoría de pacientes. Es excepcional también que un sujeto en pleno estado de salud sea tan cuidadoso de aquella como para buscar consejo médico en forma espontánea. La hipertensión arterial es, por lo general, un hallazgo del examen físico en un paciente que consulta por cualquier otro motivo. Por ello, la toma sistemática de la PA debe formar parte del examen físico de todo paciente, en cualquier edad y nunca debe omitirse. En especial, debe enfatizarse la trascendencia de medir la PA en los niños, en particular cuando tienen sobrepeso, hábito de vida sedentario y/o antecedentes parentales de hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes o enfermedad cardiovascular clínica (infarto de miocardio, ataque cerebrovascular, etc.).

La relación médico-paciente

Si bien se trata de una relación interpersonal en donde deben considerarse dos integrantes (médico y paciente), es siempre responsabilidad del médico encuadrarla, sostenerla y conducirla adecuadamente. Esto es así porque la RMP es un vínculo asimétrico en el que uno de los miembros de la diada acude al otro a fin de solicitar ayuda para preservar o recuperar su salud, para poder convivir con una enfermedad crónica o, eventualmente, morir con dignidad y sin sufrimiento. El médico, depositario de la confianza del paciente (condición imprescindible para que la relación pueda sostenerse), y en virtud de su capacitación profesional, es el

Tabla 102-1. Fármacos que provocan hipertensión arterial

Antiinflamatorios no esteroides	No selectivos, Inhibidores selectivos de COX 2, aspirina
Simpaticomiméticos	Descongestivos nasales, Cocaína
Estimulantes	Metilfenidato, Anfetamina
Anticonceptivos orales	
Alcohol	
Corticosteroides	
Inmunosupresores	Ciclosporina, Tacrolimus
Eritropoyetina	
Sustancias derivadas de regaliz	Glicirricina, Flavonoides

encargado de brindar la ayuda solicitada (que no necesariamente incluye la curación).

La conciencia de estar enfermo genera siempre una sensación de amenaza y una regresión emocional que hace que el paciente adscriba al médico características propias de figuras trascendentes de la etapa infantil (paterna y materna). Este fenómeno, denominado transferencia, lo hace sentirse seguro y protegido, pero también controlado. La clásica expresión "No me rete, doctor" que suelen decir los pacientes a su médico ante un incumplimiento, da cuenta de este fenómeno regresivo.

Por otra parte, y sin desmedro de lo antedicho, la enfermedad no tiene el mismo significado para todos los pacientes. En algunos significará una amenaza a la integridad individual y esos anhelarán curarse; en otros, constituirá un mecanismo para conseguir atención especial de su familia o un determinado objetivo (cambio laboral, jubilación, etc.). En este último caso, aunque no lo declare, el paciente no deseará abandonar su condición de enfermo.

Conocer lo que el paciente sabe, cree o se imagina sobre su padecimiento, cómo piensa que ha enfermado, qué significa para él estar sano, si cree que se curará y cómo son herramientas imprescindibles para obtener los resultados terapéuticos esperados. En otras palabras, saber quién es, cómo piensa y cómo siente la persona que tenemos enfrente es fundamental para lograr la respuesta individual al tratamiento.

Algunos pacientes, por ejemplo, consideran que estar sano es sinónimo de no tomar medicamentos. Es evidente que en tal situación una indicación de medicación de por vida o por un tiempo muy prolongado, en un estado asintomático, será rechazada consciente o inconscientemente y en poco tiempo, abandonada. Es trascendente discutir con franqueza la cuestión con el enfermo, hacerle notar que padecer una enfermedad crónica no es incompatible con la buena salud, cuando es posible controlar el padecimiento con medicación adecuada y que no hacerlo deteriorará la calidad de vida futura.

Para poder realizar exitosamente este tipo de intervención es necesario que el médico entienda que debe aban-

donar la postura de quien informa, explica y responde y remplazarla por la de quien escucha, pregunta y comprende, y que las respuestas están siempre en poder del paciente.¹⁰

Bibliografía sugerida

1. Osthega, Y.; Yoon, S.S. y col, for the Centers for Disease Control and Prevention Division of Health and Nutrition Examination Surveys. Hypertension awareness, treatment and control – continued disparities in adults: United States, 2005 -2006. NCHS Data Brief. 2008; (3): 1-8.
2. Koteseva, K.; Wood, D. y col, for the Euroaspire Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009; 373: 929-940
3. Mancia, G.; De Backer, G. y col. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25:1105-1187.
4. Viera, A.J. Resistant Hypertension. *J Am Board Fam Med* 2012; 25: 487-495.
5. Viera, A.J.; Jamieson, B. y Dealleaume, L. Clinical inquiries. How effective are hypertension self-cared interventions? *J Fam Pract* 2007; 56: 229-231.
6. Pickering, T.G.; Hall, J.E., y col. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals. Part 1: Blood pressure measurement in humans. A statement for professionals from the subcommittee of professional and public education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Circulation*. 2005; 111: 697-716.
7. Fagard, R.H.; Staessen, J.A. y col. On-treatment diastolic blood pressure and prognosis in systolic hypertension. *Arch Intern Med* 2007;167:1884-1891.
8. Pimenta, E.; Gaddam, K.K. y col. Effects of dietary sodium restriction on blood pressure in subjects with resistant hypertension: results from a randomized trial. *Hypertension* 2009;54:475-481.
9. ASTRAL Investigators: Weathley, K.; Ives, N. y col. Revascularization versus medical therapy for renal-artery stenosis. *N Engl J Med* 2009;361:1953-1962.
10. Abecasis, I. La relación médico-paciente como un recurso terapéutico. En Greca A, Gallo G, Parodi R, Carlson D. *Terapéutica Clínica* 1a edición, págs 23-34. Ed. Corpus, Rosario, 2011.[U1].