



HIPERTENSIÓN
A R T E R I A L
Y POLÍTICA DE
SALUD EN ESPAÑA

DOCUMENTO DE CONSENSO

Hipertensión arterial y política de salud
en España. Documento de consenso.



Sociedades científicas e instituciones firmantes

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III. **Antonio Sarria.**
- Asociación de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (EHRICA). **Lucía Guerrero.**
- Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. **Pedro Aranda, Luis M. Ruilope, Àlex Roca-Cusachs, José R. Banegas, Àlex de la Sierra.**
- Asociación para la Prevención del Riesgo Cardiovascular (PRECAR). **Luis M. Ruilope, Julián Segura.**
- Comité Español Interdisciplinar de Prevención Cardiovascular (CEIPC). **José M.^a Lobos.**
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. **Pedro Capilla.**
- Departamento de Farmacología y Terapéutica. Universidad Autónoma de Madrid. **Jesús Frías.**

Sociedades científicas e instituciones firmantes

- Foro Español de Pacientes. Albert Jovell.
- Ibermutuamur-Corporación Mutua-Proyectos Sanitarios. Javier Román.
- Sociedad Española de Arteriosclerosis. Jesús Millán.
- Sociedad Española de Cardiología. Vicente Bertoméu.
- Sociedad Española de Diabetes. Manuel Aguilar Diosdado.
- Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Luis Verde.
- Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Juan C. Morales.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Juan F. Macías.

Sociedades científicas e instituciones firmantes

- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Luis Aguilera, Carlos Sanchís.
- Sociedad Española de Medicina General. Benjamín Abarca, Antonio Fernández-Pro, Vicente Palomo.
- Sociedad Española de Medicina Interna. Pedro Conthe.
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Julio Zarco, José L. Llisterri.
- Sociedad Española de Nefrología. Ángel L. Martín de Francisco.
- Sociedad Española de Nefrología en el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular. Fernando De Alvaro.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Xavier Formiguera.
- Universidad Autónoma de Madrid y CIBERESP (CIBER de Epidemiología y Salud Pública). José R. Banegas.

Magnitud del problema: Epidemia de la hipertensión

Prevalencia de la hipertensión

La hipertensión arterial (HTA) afecta al:

- 40 % de los adultos en países desarrollados ^{1,2}
- 35 % de los adultos en España³
- 68 % de los adultos > 65 años en España³

Se ha estimado que en el año 2025 la hipertensión habrá aumentado un 24 % en los países desarrollados y hasta un 80 % en aquéllos en desarrollo¹.

1.- Messerli F, Williams B, Ritz E. Essential hypertension. Lancet. 2007;370:591-603.

2.- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005;365:217-23.

3.- Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. Hipertensión. 2005;22:353-62.

Escaso control en pacientes hipertensos

- La mayoría de pacientes hipertensos sometidos a una intervención médica al respecto **no reciben un tratamiento adecuado al objetivo terapéutico**¹
- Sólo un **32,8 % de los pacientes diagnosticados de hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes y atendidos en atención primaria** consigue un control de sus valores de PA^{2,3}.
- Si además de hipertensos son **diabéticos o presentan el colesterol elevado**, la cifra de control disminuye al **16,8 %**².
- Si consideramos el **control de los cinco principales factores de riesgo** – hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, tabaco y obesidad– el **porcentaje cae drásticamente hasta un 7 %**.

1.- Hajjar I, Kotchen JM, Kotchen TA. Hypertension: trends in prevalence, incidence, and control. Annu Rev Public Health. 2006;27:465-90.

2.- Alvarez-Sala LA, Suárez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR, et al. Estudio Prevencat: control del riesgo cardiovascular en atención primaria. Med Clin (Barc). 2005;124:406-10.

3.- De la Peña A, Suárez C, Cuende I, Muñoz M, Garré J, Camafort M, et al. Control integral de los factores de riesgo en pacientes en alto y muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC. Med Clin (Barc). 2005;124.44-9.

Mejora del control, pero no suficiente

- En cifras globales el **control sólo se consigue en el 40% de los pacientes tratados en AP en España, y en el 25% en la población general**^{1,2}.
- La situación del **control ha mejorado algo** en los últimos años, pero **no sustancialmente**³.
- El control de las cifras de presión arterial mejora mediante la técnica de monitorización ambulatoria de presión arterial más que con la toma de la presión clínica habitual⁴. **Aún así, el control no supera la cifra del 50 %.**

- 1.- Llisterri JL, Rodríguez-Roca GC, Alonso FJ, Banegas JR, Barrios V, González D, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2006. Med Clin (Barc). 2008;130:681-7.
- 2.- Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, Cruz JJ, et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. J Hypertens. 2002;20:2157-64.
- 3.- Barrios V, Banegas JR, Ruilope LM, Rodicio JL. Evolution of blood pressure control in Spain. J Hypertens. 2007;25:1975-77.
- 4.- Banegas JR, Segura J, Sobrino J, Rodríguez-Artalejo F, Sierra A, Cruz JJ, et al. Effectiveness of blood pressure control outside the medical setting. Hypertension. 2007;49:62-8.

Impacto económico del mal control de la PA

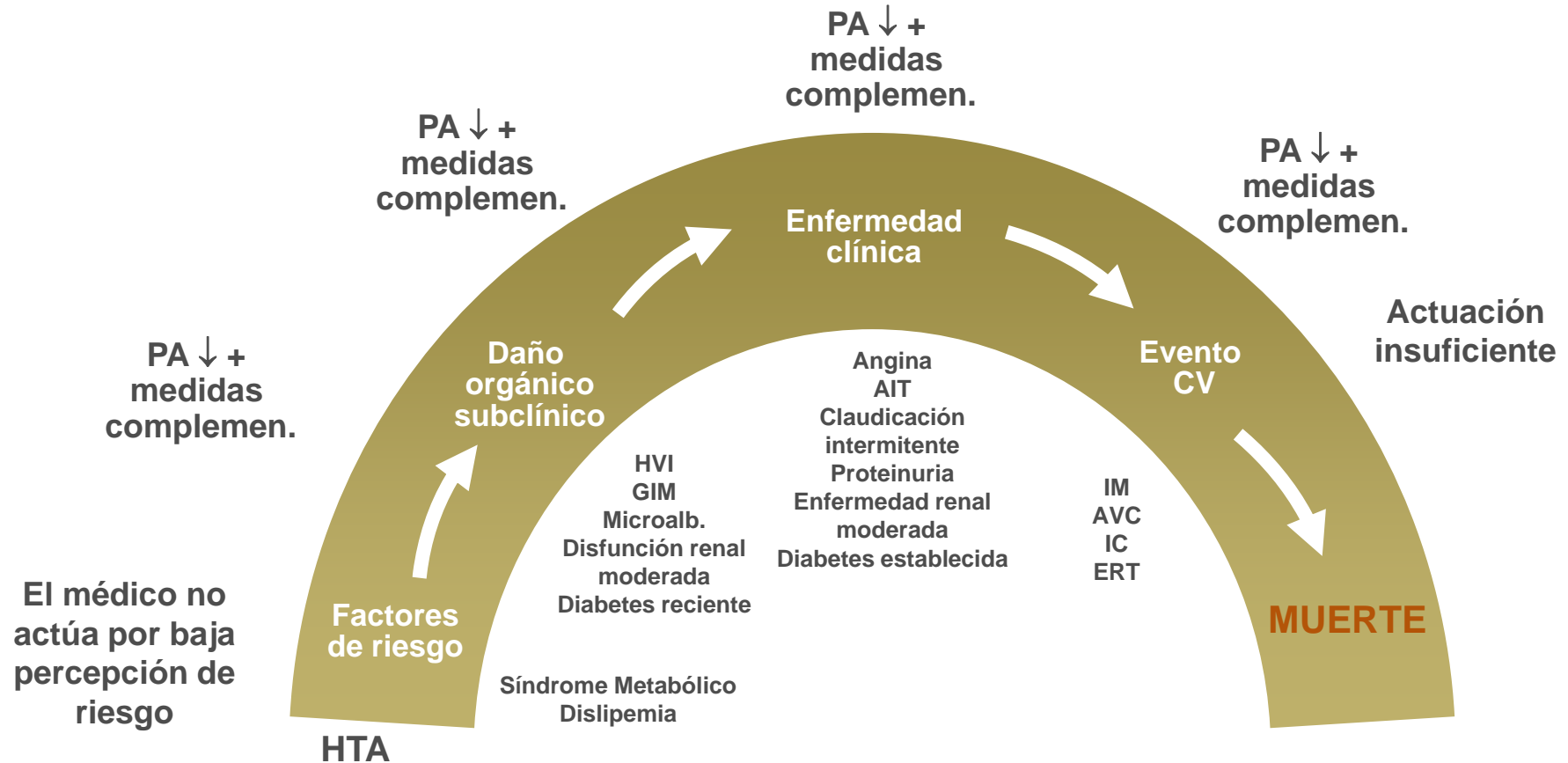
Numerosos estudios demuestran que la falta de control de la presión arterial conlleva:

- Mayor incidencia, hospitalización y mortalidad de enfermedades cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, ictus), enfermedad renal y cerebral e insuficiencia cardiaca.
- Pérdida de la calidad de vida.
- Incremento de la dependencia.
- Aumento del volumen de los costes sanitarios.
- Aumento del volumen de los costes sociales.
- Etc.

En términos absolutos, se estima que la hipertensión está relacionada con la **muerte de unas 40.000 personas al año** en la población española de **50 años o más**¹.

1.- Graciani A, Zuluaga MC, Banegas JR, León LM, de la Cruz JJ, Rodríguez-Artalejo F. Mortalidad cardiovascular atribuible a la presión arterial elevada en población española de 50 años o más. Med Clin (Barc). 2008;131:125-9.

Problemas en el control de los FRCV: continuo cardiovascular



ERT: enfermedad renal terminal
 AVC: accidente vascular cerebral
 AIT: accidente isquémico transitorio

GIM: grosor íntima-media
 HVI: hipertrofia ventrículo izquierdo
 IC: insuficiencia cardiaca

Práctica clínica diaria; realidad diferente a la teoría

- Existen diferentes herramientas de estratificación del riesgo CV:

HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	AÑO PUBLICACIÓN
Tablas de FRAMINGHAM	Mide el riesgo de episodios coronarios fatales y no fatales a los 10 años. Considera un riesgo elevado a partir del 20 %.	1991
Tablas de la SEH y de la SEC	Categoriza a los individuos en función de las cifras de PA, número de FRCV asociados, LOD o ECV previa.	2003
Tablas de SCORE	Mide el riesgo de mortalidad CV a los 10 años. Considera un riesgo elevado a partir del 5 %.	2003
Tabla basada en el REGICOR	Tabla de Framingham calibrada a la población española.	2003

IAM: Infarto Agudo de Miocardio; SEH: Sociedad Europea de Hipertensión; SEC: Sociedad Europea de Cardiología; LOD: Lesión de Órgano Diana; ECV: Enfermedad Cardiovascular

No obstante, aunque la mayoría de médicos conocen algún método de estratificar el riesgo, sólo el 40 % lo aplican en la práctica clínica diaria¹.

1.- Márquez-Contreras E, Coca A, de la Figuera von Wichmann M, Divisón JA, Llisterri JL, Sobrino J, et al. Perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes con hipertensión arterial no controlada. Estudio Control-Project. Med Clin (Barc). 2007;128:86-91.

Respuesta política: actores implicados

La hipertensión requiere una actuación de **liderazgo** y **coordinación** a nivel **internacional**, con implicación activa de la OMS y otras entidades¹.

Para una mejora en el manejo y control de la PA, es necesaria la cooperación entre:

- Pacientes
- Profesionales sanitarios
- Industria
- Medios de comunicación social
- Educadores para la salud
- Planificadores sanitarios
- Gobiernos

1.- Bakris G, Hill M, Mancia G, Steyn K, Black HR, Pickering T, et al. Achieving blood pressure goals globally: five core actions for health-care professionals. A worldwide call to action. J Human Hypertens. 2008;22:63-70.

Implicaciones para la salud pública

- Los **profesionales sanitarios** tienen un papel esencial que desempeñar, **abogando por el cambio en nombre de la población a la que sirven**, y con la comprensión de las agendas políticas de los gobiernos¹.
- Deberían **detectar y prevenir la HTA, valorar el RCV total, colaborar activamente con el paciente, tratar la HTA** según el objetivo terapéutico y crear un **ambiente facilitador**.
- Es necesaria la **adherencia al tratamiento farmacológico** por parte de los **pacientes**, así como un correcto **seguimiento por parte del médico**.
- Debería potenciarse la prevención, y sobre todo la **prevención primaria**, que debe contemplar también la infancia y adolescencia.
- **El control efectivo reducirá significativamente los niveles de muerte prematura.**

1.- Swales JD. Hypertension in the political arena. Hypertension. 2000;35:1179-82.

Implicaciones para la salud pública

El escaso control de la hipertensión supone desafíos a muchos niveles, no solo **retos clínicos** o **asistenciales**: retos que incluyen factores **económicos, sociales y culturales**, de **organización y recursos de los sistemas de salud**, la **práctica clínica** y la **educación y responsabilización** (*empowerment*) de los **pacientes**.

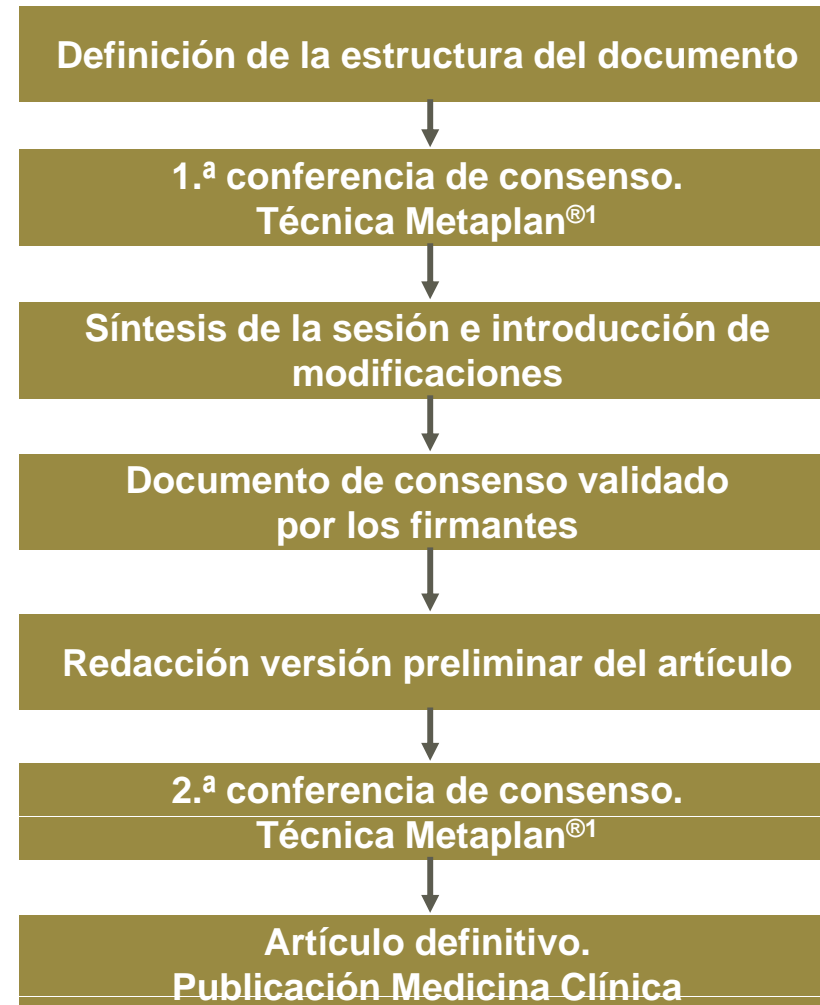
Es necesario **estructurar y aplicar políticas sanitarias específicas a medio y largo plazo**, que promuevan un abordaje de este grave problema de salud pública, coordinando y potenciando la **acción de los diferentes agentes implicados**.

Objetivo del proyecto

Elaborar un documento de consenso en el que las Sociedades Científicas y Organizaciones firmantes, muestren su apoyo a las administraciones públicas y autoridades sanitarias en la mejora de la prevención y el tratamiento de la hipertensión arterial en España.

Metodología

El proyecto se ha desarrollado en diferentes etapas cada una con una metodología específica. El proceso de producción desarrollado, propuesto y conducido por GOC S.A., se muestra a continuación:



1.- UNICEF. VIPP: Visualisation in Participatory Planning. Dhaka, Bangladesh: UNICEF, 1993.

Metodología

- 1. Definición estructura documento.**- Tras una búsqueda bibliográfica exhaustiva y con acuerdo de la dirección técnica del proyecto, se elabora una estructura del documento a presentar en la 1ª conferencia de consenso.
- 2. 1ª conferencia de consenso.** Presentación de la estructura previa diseñada y discusión de la misma mediante la técnica Metaplan^{®1}.
- 3. Síntesis de la sesión e introducción de modificaciones.**- En base a las aportaciones de los asistentes, se introducen las modificaciones al documento y mediante correo electrónico se envía a los firmantes para su validación.

1.- UNICEF. VIPP: Visualisation in Participatory Planning. Dhaka, Bangladesh: UNICEF, 1993.

El principal objetivo de dicha técnica es la obtención **libre y ordenada** del conocimiento –basado hasta donde estaba disponible en evidencias y guías clínicas- de los consultados, proporcionando de este modo: un **debate ordenado**, una **estructuración del conocimiento** y **aportaciones de todos los asistentes**, una **identificación de consensos y disensos**, una **reflexión individual**, y una **participación libre y ordenada**.

Metodología

4. **Redacción versión preliminar artículo.**- Un especialista en la materia realiza la versión preliminar del artículo, versión que es consensuada por el resto de firmantes mediante una 2ª conferencia de consenso.
5. **2ª conferencia de consenso.** Presentación y validación del artículo siguiendo de nuevo la técnica Metaplan®¹.
6. **Artículo definitivo.**- Tras la incorporación de las sugerencias mostradas por los firmantes y una vez obtenida la validación definitiva del artículo mediante correo electrónico, se envía el artículo para su publicación a la revista Medicina Clínica. En agosto de 2008 se obtiene la aprobación del mismo.

1.- UNICEF. VIPP: Visualisation in Participatory Planning. Dhaka, Bangladesh: UNICEF, 1993.

Declaración sobre políticas de salud para la prevención y el manejo de la hipertensión arterial en España

Recomendaciones:

1. Debe reconocerse la hipertensión arterial como un problema de salud pública en las políticas sanitarias
2. Debe priorizarse el control de la hipertensión arterial en la gestión de procesos asistenciales
3. Debe potenciarse la autonomía y capacidad de los profesionales sanitarios en la prevención y el control de la hipertensión
4. Debe mejorarse la adherencia terapéutica por parte del paciente
5. Debe generarse evidencia que permita cuantificar la relación coste/beneficio del control de la hipertensión arterial

1. Reconocer la hipertensión arterial como un problema de salud pública en las políticas sanitarias

Acciones:

1. Elaborar una estrategia nacional de control de la HTA y el RCV
2. Fomentar la incorporación en los planes autonómicos de salud ya existentes en el ámbito del RCV, de medidas relativas a la prevención y control de la HTA
3. Desarrollar campañas de educación y comunicación que susciten un mayor conocimiento y sensibilidad de la sociedad civil respecto al impacto sanitario y social de la hipertensión, así como a su posible prevención y control

2. Priorizar el control de la hipertensión arterial en la gestión de procesos asistenciales

Acciones:

1. Fomentar, desde los servicios autonómicos de salud, un enfoque integral en la prevención y control de la HTA por parte de los equipos asistenciales, así como la cooperación efectiva entre los distintos niveles
2. Adoptar los objetivos de PA y las recomendaciones terapéuticas basados en las pruebas científicas
3. Introducir en los sistemas de gestión de atención primaria, indicadores de valoración ligados a la consecución de objetivos de salud en el control de la HTA
4. Promover, desde los sistemas de gestión de AP, acciones concretas encaminadas a una mejor detección de los pacientes y una mayor perseverancia y una acción más sistemática en el control, para evitar la inercia clínica

3. Potenciar la autonomía y capacidad de los profesionales sanitarios en la prevención y el control de la hipertensión

Acciones:

1. Desarrollar, desde los planes formativos de los servicios de salud, programas estables de formación de alta calidad que permitan a los profesionales actualizar y mejorar sus conocimientos sobre el manejo de la hipertensión y el riesgo CV
2. Potenciar el rol de los profesionales de enfermería en el proceso de detección, seguimiento, educación y control de los pacientes
3. Implicar a las oficinas de farmacia en el proceso de información, detección, y seguimiento de los pacientes
4. Mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales para facilitar una relación más efectiva con los pacientes

4. Mejorar la adherencia terapéutica por parte del paciente

Acciones:

1. Promover, por parte de los servicios de salud, la elección de estrategias terapéuticas adecuadas y eficientes en relación al coste, que aseguren la adherencia terapéutica a largo plazo
2. Desarrollar en AP (personal de enfermería) y OF programas educativos que sensibilicen al paciente respecto al impacto en su salud de la adherencia al plan terapéutico, y mejoren así la adherencia terapéutica
3. Aumentar la corresponsabilidad médico-paciente en el seguimiento del tratamiento prescrito y en el control del mismo
4. Incorporar nuevos canales y herramientas de comunicación (tecnologías de información y comunicación, TIC) que permitan complementar las iniciativas actuales en el ámbito del seguimiento y educación de los pacientes

5. Generar evidencia que permita cuantificar la relación coste/beneficio del control de la hipertensión arterial

Acciones:

1. Generar información que permita medir la carga de la HTA y el impacto de las medidas de control
2. Generar pruebas relativas al impacto de las diferentes intervenciones educativas, de gestión u organizativas sobre el control de la HTA que se desarrollen en los servicios de salud
3. Fomentar la realización de estudios sobre la utilización de medicamentos antihipertensivos, tanto a nivel nacional como local, que permitan la evaluación de su impacto sanitario, social y económico

Calendario

