

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ESTUDIO DE 200 CASOS

Dr. Benito Andrés Saínz González de la Peña,¹ Dr. Alfredo Vázquez Vigoa,² Dr. Reynaldo de la Noval García,³ Dr. Alfredo Dueñas Herrera,⁴ Dr. Juan José Quirós Luis³ y Dra. Giselle Debs Pérez³

RESUMEN

Se estudiaron 200 pacientes hipertensos en todos sus estadios, en el Municipio Plaza de Ciudad de La Habana, para analizar y describir el tratamiento farmacológico impuesto y evaluar la indicación y el cumplimiento del tratamiento no farmacológico. Se realizó un estudio descriptivo transversal con selección del grupo de estudio por conglomerado monoetápico en el cual los conglomerados fueron los 272 consultorios del Médico de la Familia de Plaza (CMF); se seleccionaron 10 de ellos. Se encontró que no se aprovechan adecuadamente los beneficios del tratamiento no farmacológico y que hay mejoría en relación con reportes anteriores sobre la utilización de drogas antihipertensivas (tratamiento farmacológico), pero aún existen deficiencias a superar en este importante aspecto, aunque todavía se emplean los medicamentos ansiolíticos y sedantes como drogas antihipertensivas de elección.

DeCS: HIPERTENSION/quimioterapia; HIPERTENSION/terapia; HIPERTENSION/prevención & control; MEDICINA FAMILIAR; ESTILO DE VIDA; EJERCICIO; PERDIDA DE PESO; AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS.

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los problemas de salud más importantes en términos de magnitud del problema y gravedad de sus consecuencias, al que se enfrenta un gran número de países en el momento actual.¹ A pesar de disponer de fármacos eficaces para su tratamiento y de contar con numerosos programas científicos de formación y actualización sobre el tema, la realidad es que sólo se controla un porcentaje bajo de pacientes, según las cifras aceptadas como normales en la actualidad. Los factores que inciden en las complicaciones cardiovasculares en el paciente hipertenso son multifactoriales, por eso es importante la estratificación del riesgo cardiovascular individual, para establecer la estrategia terapéutica y de actuación general.^{2,3}

En Cuba, datos surgidos de la Campaña Nacional de HTA sugieren que para una población total de 11 122 000 hab donde unos 8 650 000 tienen 15 o más años de edad, con una prevalencia de 30,6 % en población urbana y de 15 % en población rural (incidencia de 2,5 % anual) permitió calcular que el total de hipertensos en el país es de unos 2 000 000 – 2 250 000 pacientes. Sin embargo, en diciembre de 1997 solo estaban registrados 862 303, es decir menos del 43 % del total de los hipertensos potenciales.⁴

Considerando que la calidad de la atención que se brinda al hipertenso en nuestro medio aún no ha alcanzado los niveles óptimos, nos proponemos con esta investigación describir y analizar el tratamiento farmacológico y evaluar la indicación y el cumpli-

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna y Cardiología. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

² Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

³ Especialista de I Grado en Cardiología. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

⁴ Especialista de II Grado en Cardiología. Investigador Auxiliar. Jefe del Departamento de Cardiología Preventiva. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

miento del tratamiento no farmacológico que se brinda a los pacientes hipertensos en un grupo de estudio de 200 pacientes correspondientes al municipio Plaza de Ciudad de La Habana.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal en el cual la población objeto de investigación fue de 200 pacientes hipertensos procedentes de 10 consultorios del Médico de la Familia (CMF) del municipio Plaza.

Se escogieron para el estudio pacientes dispensarizados (hasta el mes de marzo de 2001) y considerados como hipertensos en todos sus estadios que aceptaron participar en la investigación, previa explicación de los objetivos de la misma, que presentaban cifras de PA de 140/90 mmHg y más o que con cifras tensionales normales refirieron estar bajo terapia antihipertensiva, según los criterios del Comité Conjunto Americano (JNC) en su sexto reporte y al Programa Nacional de Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud Pública. La selección del grupo de estudio se hizo mediante un conglomerado monoetápico en el cual los conglomerados fueron los 272 CMF del municipio Plaza de los que se seleccionaron aleatoriamente 10 y se encuestaron 20 pacientes de cada uno.

Se revisaron además las historias clínicas de cada enfermo con el objetivo de obtener datos sobre el tipo de tratamiento, dosis (impuesta por el médico y realmente cumplida por el paciente) y número de reconsultas.

Todos los datos fueron introducidos en una base de datos Microsoft Excel 97, tabulados, analizados y presentados en forma de tablas.

RESULTADOS

La distribución por edad y sexo de los pacientes hipertensos aparece en la tabla 1. El mayor número de casos se presentó en edades mayores de 65 años con 72 casos (36 %), seguido por el grupo de 55-64 años con 47 casos (23,5 %). Se observó mayor participación del sexo femenino en el grupo estudiado.

TABLA 1. *Distribución del grupo de estudio por edad y sexo*

Grupos de edades (años)	Masculino		Femenino		Total n
	n	%	n	%	
< 25	5	25	5	25	10
25-34	13	65	7	35	20
36-44	16	80	11	55	27
45-54	11	55	13	65	24
55-64	18	90	29	145	47
> = 65	28	140	44	220	72
Total	91	455	109	545	200

Fuente: Encuesta.

En la tabla 2 aparece la distribución de los pacientes bajo tratamiento no farmacológico; se observó predominio de los pacientes sin tratamiento no farmacológico, lo cual deja a estos enfermos desprovistos de los beneficios que aportan estas medidas al tratamiento antihipertensivo.

TABLA 2. *Tratamiento no farmacológico indicado (n= 200)*

Tratamiento	n	%
Sí	98	46,5
No	107	53,5

Fuente: Encuesta.

En la tabla 3 se hace referencia al tratamiento farmacológico y a la forma que estos pacientes se los administran. La mayoría estaba bajo tratamiento farmacológico y algunos lo ingerían regularmente, según prescripción médica, pero otros lo hacían de forma incorrecta.

Las razones que refieren los pacientes por las cuales toman de forma irregular los medicamentos se presentan en la tabla 4; se destacan el olvido y la falta de tiempo o los efectos adversos. Otros elementos como dificultad en la red de suministros y desconfianza médica también se consideran como factores que obstaculizan el cumplimiento correcto del tratamiento médico.

Los principales grupos de terapia antihipertensiva utilizados se recogen en la tabla 5 y se observa que los diuréticos son los más socorridos, seguidos por

los betabloqueadores anticálcicos e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). Llama la atención que 78 pacientes siguen considerando los sedantes como una terapia antihipertensiva de primera línea en el tratamiento.

TABLA 3. Tratamiento farmacológico y frecuencia de ingestión de medicamentos (n = 200)

Toman droga	n	%
Sí	153	76,5
No	47	23,5
Todos los días	104	67,9
Cuando cree tener PA alta	25	16,3
Cuando tiene PA alta	14	9,1
Cuando va a transgredir la dieta	10	6,5

Fuente: Encuesta.

TABLA 4. Causas de la irregularidad en la ingestión del medicamento diariamente (n = 49)

Causas	n	%
Razones económicas	4	8,1
Falta de tiempo	8	16,3
Se le olvida	17	34,6
Efectos indeseables	8	16,3
Desconfía de la indicación médica	6	12,2
Dificultad para obtenerlo	6	12,2

Fuente: Encuesta.

TABLA 5. Drogas más utilizadas (n = 153)

Grupo de drogas	n	%
Sedantes	78	50,9
Anticálcicos	40	26,1
Diuréticos	63	41,1
Alfa 1	7	4,5
Beta-bloqueador	41	26,7
Vasodilatadores	20	13,0
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina	34	22,2

Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

La HTA constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna y su importancia radica no sólo en su elevada prevalencia, sino en la trascendencia que tiene como causa de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Constituye una causa importante de discapacidad laboral transitoria y permanente, que afecta múltiples estamentos implicados en la salud de la población y que la convierten en un problema sanitario real.⁵

Las modificaciones en el estilo de vida (tratamiento no farmacológico) incluyen: la disminución de peso, el incremento de la actividad física, la disminución de la ingestión de sodio y de alcohol, pueden ser utilizadas como modalidad terapéutica adjunta o definitiva para la HTA. Constituyen la medida inicial básica en la mayoría de los hipertensos y es fundamental asociarlas al tratamiento farmacológico en casi todos los casos de HTA, algunos autores⁶ señalan que más del 50 % de los pacientes hipertensos no siguen adecuadamente un estilo de vida sano.

Las directrices internacionales para atender al paciente hipertenso² enfatizan en la necesidad del tratamiento no farmacológico, para facilitar la respuesta favorable a las drogas antihipertensivas; sin embargo, a escala mundial existe dificultad en lograr cambios en los estilos de vida ya que el hombre tiene tendencia a arraigarse a sus hábitos y costumbres.

En Cuba confrontamos igualmente dificultades en lograr que los pacientes hipertensos y los médicos interioricen la importancia del tratamiento no farmacológico, y así por ejemplo algunos autores han detectado que el 17 % de la población hipertensa no sigue este régimen.⁷ En nuestra casuística, el 53,3 % de los hipertensos no siguen tratamiento no farmacológico, cifra que consideramos alarmante y que puede explicar, en parte, el alto porcentaje de pacientes descontrolados en esta investigación.

El tratamiento farmacológico de la HTA ha demostrado ampliamente su eficacia al reducir la morbilidad y la mortalidad en todos los grupos de pacientes, independientemente de la edad, el sexo y la raza, y ha logrado disminuir los episodios coronarios, la insuficiencia cardíaca, los accidentes cerebrovasculares, el deterioro de la función renal y

de la progresión de la HTA,⁸ Por lo tanto, resulta importante conocer el grado de aceptación de la terapia antihipertensiva a nivel poblacional. El 76,5 % de nuestros hipertensos estaban bajo tratamiento medicamentoso, pero lo más importante es resaltar que el 32 % lo hacía de forma irregular, lo cual puede explicar en parte el descontrol de las cifras de PA halladas.

Las causas del abandono del tratamiento, o de una parte de él, han sido señaladas por algunos autores como un elemento a considerar en el descontrol de la HTA y dentro de los factores que la determinan se encuentran los efectos adversos de los medicamentos, el sexo (masculino mayor que femenino), perfil psicológico del paciente y disponibilidad del medicamento.⁹ De estos factores, estuvo presente en nuestra investigación con mayor frecuencia, el olvido inherente al paciente, quizás al no haber interiorizado la importancia de la ingestión de los mismos, si bien los efectos adversos constituyeron un elemento causal de abandono del tratamiento.

En relación con el tipo de terapia antihipertensiva, nuestros pacientes utilizaron más frecuentemente los diuréticos (41,1 %) seguidos por los betabloqueadores (26,7 %), los anticálcicos (26,1 %) y los IECA (22,2 %), lo cual se acerca a los más utilizados internacional-

mente. El estudio CARDIOTENS, en España, señala una mayor proporción de utilización de betabloqueadores (32 %), de antagonistas del calcio (39 %) y de IECA (36 %).¹⁰

Un estudio cubano⁷ encontró que los anticálcicos (nifedipina) ocupaban el primer lugar (54 %) seguidos por los diuréticos (49,2 %) y los betabloqueadores (22,8 %) e IECA (3,7 %). El 34 % tenía tratamiento con sedantes. Como puede apreciarse, se ha asistido a un cambio favorable en el uso de fármacos antihipertensivos, así por ejemplo los fundamentos de la crítica a los anticálcicos¹¹ han servido para disminuir su uso y se ha incrementado el de los IECA ostensiblemente, quizás también relacionado con una mayor disponibilidad en la red de distribución. Esto último resulta favorable si sabemos su repercusión en la reducción de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular, según plantea el estudio HOPE.¹²

En conclusión, no se aprovechan adecuadamente los beneficios del tratamiento no farmacológico, pero ha mejorado, en relación con reportes anteriores, la utilización de drogas antihipertensivas (tratamiento farmacológico), aunque aún existen deficiencias a superar en este importante aspecto, todavía se utilizaron los medicamentos ansiolíticos y sedantes como drogas antihipertensivas de elección.

SUMMARY

200 hypertensive patients in all their stages were studied in Plaza Municipality, Havana City, aimed at analyzing and describing the pharmacological treatment followed and at evaluating the indication and fulfillment of the non-pharmacological treatment. A descriptive cross-sectional study with selection of the study group by single-stage conglomerate was conducted. The 272 family physicians' offices of this municipality were the conglomerates. 10 of them were selected. It was observed that the benefits of the non-pharmacological treatment were not used adequately and that there was an improvement in relation to previous reports on the administration of antihypertensive agents (pharmacological treatment), although there were deficiencies to overcome in this important aspect, since anxiolytics and sedatives were still prescribed as antihypertensive elective agents.

Subject headings: HYPERTENSION/drug therapy; HYPERTENSION/therapy; HYPERTENSION/prevention & control; FAMILY PRACTICE; LIFE STYLE; EXERCISE; WEIGHT LOSS; ANTIHYPERTENSIVE AGENTS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodgers A, Mac Mahon S. Blood pressure and the global burden of cardiovascular disease. *Clin Exp Hypertens* 1999;21:543-52.
2. Guidelines Subcommittee WHO. World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. *Hypertension* 1999;17:151-83.
3. Lombera Romero F, Barrios Alonso V, Soria Arcos F. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Hipertensión Arterial. *Rev Esp Cardiol* 2000;53:66-90.
4. Santin Peña M, Landrove Rodríguez O. Diseño de la campaña de prevención y control de la hipertensión arterial. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de enfermedades no transmisibles: Ciudad de La Habana, 1999.

5. Natali A, Vichi S, Landi P, Taschi E, Severi S, Labbate A. Coronary artery disease and arterial hypertension: clinical, angiographic and follow-up data. *J Intern Med* 2000;247:219-30.
6. Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure: Trials of Hypertension Prevention, phase 2. *Arch Intern Med* 1997;157:657-67.
7. De la Noval R, Debs G, Dueñas A, González JC, Acosta M. Control de la presión arterial en el proyecto 10 de octubre. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovascular* 1999;13(2):136-41.
8. Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first line agents: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 1997;277:739-45.
9. Zanchetti A, Mancia G. Strategies for antihypertensive treatment decisions: How to assess benefits? *J Hypertens* 1997;15:215-6.
10. González JR, Alegría E, Vicente J. Impacto de la hipertensión en las cardiopatías en España. Estudio CARDIOTENS 1999. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:139-49.
11. Spurgeon D. Calcium Antagonists not best for first line therapy for hypertension. *BMJ* 2000;321:1490.
12. The Heart Outcomes Prevention, Evaluation study Investigators. Effects of angiotensin-converting-enzyme inhibitors, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000;342:145-53.

Recibido: 20 de diciembre de 2001. Aprobado: 8 de marzo de 2002.

Dr. *Benito Andrés Sainz González de la Peña*. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 17 y A, El Vedado, Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.