

BENEFICIOS DE LA TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA COMBINADA, EN EL CONTROL DE LAS CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL

BENEFITS OF COMBINED ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN THE CONTROL OF BLOOD PRESSURE LEVELS

Dra. María Soledad Ferreira Gould¹, Geovanna Coronel Díaz², María Alesia Rivarola Vargas³.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es definida en cifras mayores o iguales a 140/90 mmHg, es de alta prevalencia e incrementa la morbimortalidad general y cardiovascular. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que acuden a consultorio de clínica médica del Hospital Distrital de Villa Elisa, caracterizando a los pacientes hipertensos, evaluando el tratamiento que utilizan y si están o no controlados. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, muestreo de casos consecutivos, con pacientes atendidos en consultorio de junio a setiembre 2019, fichas clínicas de 488 pacientes. Los resultados fueron analizados basándose en las guías europeas de hipertensión arterial del año 2018. **Resultados:** Se encontró que el 35% tenían el diagnóstico de Hipertensión Arterial y recibían tratamiento para la enfermedad; el 67% de la muestra procedente de Villa Elisa. La mediana de la edad fue de 62 años, donde el 75% de la muestra son mujeres. Solo un 13% de los pacientes tenían Índice de Masa Corporal menor a 25, 35% tenían sobrepeso y 52% obesidad. El 40% de los pacientes están bien controlados con cifras menores a 140/90 mmHg con el tratamiento. Entre los hombres solo 25% tenía Hipertensión Arterial controlada, sin embargo el dato fue de 45% en las mujeres. El 48% de los pacientes utilizaba monoterapia, el 39% utilizaba dos fármacos combinados. **Conclusión:** En el considerable porcentaje de hipertensos en la población, las mujeres registran más consultas que los hombres; la mayoría de los pacientes presentan sobrepeso u obesidad. Menos de la mitad presentó buen control de cifras tensionales y en los hombres el control se reduce al cuarto de la población; la monoterapia prevalece.

ABSTRACT

Introduction: Arterial hypertension is defined in figures greater than or equal to 140/90 mmHg, is of high prevalence and increases general and cardiovascular morbimortality. **Objective:** To determine the prevalence of hypertension in patients attending the medical clinic of the Villa Elisa District Hospital, characterizing hypertensive patients, evaluating the treatment they use and whether or not they are controlled. **Methodology:** Observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study, sampling of consecutive cases, with patients seen in the clinic from June to September 2019, clinical records of 488 patients. The results were analyzed based on the 2018 European guidelines on arterial hypertension. **Results:** 35% were found to have a diagnosis of arterial hypertension and were receiving treatment for the disease; 67% of the sample from Villa Elisa. The median age was 62 years, where 75% of the sample were women. Only 13% of the patients had a Body Mass Index lower than 25, 35% were overweight and 52% obese. Forty percent of the patients are well controlled with figures below 140/90 mmHg with treatment. Among the men only 25% had controlled arterial hypertension, however the figure was 45% in women. Forty-eight percent of the patients used monotherapy, 39% used two drugs in combination. **Conclusion:** In the considerable percentage of hypertensive patients in the population, women registered more consultations than men; most of the patients were overweight or obese. Less than half presented good control of blood pressure figures and in men control was reduced to a quarter of the population; monotherapy prevails.

INTRODUCCION

La hipertensión arterial (HTA) es una patología crónica producida por diversos factores, entre los cuales se destacan los genéticos, consumo excesivo de sodio, edad avanzada, falta de actividad física, obesidad,

dislipidemias y diabetes¹; produciendo un incremento continuo de la presión arterial afectando a las paredes arteriales².

Un estudio epidemiológico demostró una prevalencia mundial de HTA del 41%, de los

¹ Especialista en Medicina Interna-Instituto de Previsión Social (2015-2018)

² Especialista en Medicina Interna (2015-2018)-Instituto de Previsión Social. Médica de planta del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (2018-2021)

³ Médico de Guardia. Instituto de Previsión Social.

Correspondencia a:

Dra. María Alesia Rivarola Vargas

Email: minuale@hotmail.com

Telephone: +491734682047

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1383-950X>

<https://orcid.org/0000-0001-5857-745X>

<https://orcid.org/0000-0002-8473-409X>

Palabras clave: Hipertensión, Prevalencia, Terapéutica, Eficacia, Terapia combinada.

Keywords: Hypertension, Prevalence, Therapeutics, Treatment Efficacy, Combined Modality.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación: 4 de Abril de 2021

Aceptado para publicación: 24 de Abril de 2021

Citar como:

Ferreira Gould MS, Coronel Díaz G, Rivarola Vargas MA, Rivarola Vargas MA. Beneficios de la terapia antihipertensiva combinada, en el control de las cifras de presión arterial. Rev Cient Cienc Med 2021;24(1): 25-29

cuales solamente el 46,5% eran conscientes de ser hipertensos y de ellos solo 87,9% recibía tratamiento farmacológico³.

Actualmente la HTA es un desafío para la salud pública del Paraguay por su alta frecuencia, es reconocida como el principal factor de riesgo cardiovascular modificable y se encuentra relacionada con el infarto agudo de miocardio (IAM) y el accidente cerebrovascular (ACV), que son las causas más importantes de mortalidad en el Paraguay⁴. Datos de la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles, publicada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en abril del 2012, registra que el 32,2% de los paraguayos presentan HTA⁵.

El Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Hipertensión, recomiendan que el objetivo inicial del tratamiento farmacológico sea la reducción de la PA < 140/90 mmHg para todos los pacientes. Si el tratamiento es bien tolerado, el objetivo se debe bajar a 130/80 mmHg o menos para la mayoría de los pacientes. En menores de 65 años para la mayoría se recomienda inclusive una reducción de la PAS a 120-129 mmHg. Para los pacientes mayores de 65 años se recomienda un objetivo de PAS en 130-139 mmHg; si es bien tolerado este mismo valor se utiliza para mayores de 80 años⁶. Es recomendado por las nuevas guías europeas que el diagnóstico de HTA se base en mediciones repetidas en consulta y una modificación importante es la recomendación de realizar MAPA y/o MDPA cuando sea viable para mejor diagnóstico, tratamiento, seguimiento y hasta adherencia del paciente. Debe considerarse un objetivo de PAD < 80 mmHg para todos los pacientes hipertensos, independientemente del nivel de riesgo y las comorbilidades.

El tratamiento indicado sería una combinación de 2 fármacos, con uso preferido de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los fármacos bloqueadores de receptores de angiotensina II (ARA-II) combinados con un Bloqueante de canales de Calcio (BCC) y/o diuréticos tiazidicos o un análogo y el uso de los beta-bloqueantes (BB) para indicaciones específicas⁷.

El inicio de la terapia antihipertensiva puede ser sin drogas, cambiando el estilo de vida del paciente, principalmente para el estadio I llamado también estadio leve. Para el estadio

II debe considerarse solo la monoterapia de inicio, como también la utilización de dos drogas en asociación fija o combinada como tratamiento inicial⁸.

Según un estudio del registro nacional de HTA realizado en Argentina basándose en el estudio RENATA, es elevado el porcentaje de pacientes hipertensos no conocidos, así como el de tratados y no controlados, remarca en la necesidad de estrategias específicas que contribuyan a mejorar el control de esta patología⁹.

La HTA es una patología que puede ser controlada a través del tratamiento farmacológico, a pesar de ello los pacientes pueden mantener un mal control, relacionado con la dosis, el tipo o la combinación de los medicamentos¹⁰. Por ello se realiza este estudio, para determinar la prevalencia de HTA en pacientes que acuden a consultorio de clínica médica en el Hospital Distrital de Villa Elisa, caracterizando a los pacientes hipertensos y evaluando el tratamiento que utilizan: evaluando si están o no controlados.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el Hospital Distrital de Villa Elisa, de la ciudad de Villa Elisa-Paraguay, durante los meses de junio a septiembre del año 2019.

La población de estudio consistió en todos los pacientes que acudieron a consultorio de Clínica médica desde junio a septiembre del año 2019 (muestra 488), con un mismo profesional internista, mayores de 18 años de edad, sin límite superior de franja etaria. Se tomó como muestra: población enfocada, a los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial actualmente en tratamiento.

Criterios de inclusión: pacientes hipertensos bajo tratamiento farmacológico.

Criterios de exclusión: pacientes no hipertensos o con hipertensión arterial que no reciben tratamiento farmacológico hasta la fecha de consulta.

Para la recolección de datos se utilizó información de expedientes clínicos electrónicos de los pacientes y se confeccionó una planilla donde se asentó la información.

Para presentar y analizar la información recolectada se confeccionó una tabla con los datos siguientes: sexo, edad, procedencia,

PAS -PAD, peso, talla, IMC, diagnóstico de hipertensión arterial y tipo de medicación.

Se midieron como variables, el sexo (masculino o femenino), la edad según rangos, la procedencia (urbana o rural), la presión arterial sistólica y diastólica, el peso y talla del paciente (para medir el IMC y determinar el grado de obesidad) y en cuanto al tratamiento se evaluó la medicación del paciente (losartán, enalapril, amlodipino, carvedilol, hidroclorotiazida, furosemida, lercanidipina, atenolol, espirinolactona)

Para el análisis de los resultados se utilizó: Microsoft Office Excel 2010. La información recogida se analizó con estadística descriptiva de acuerdo con los métodos convencionales. Los datos que fueron evaluados en forma cuantitativa se presentaron en porcentajes o proporciones, además la información se sintetizó en tablas de frecuencia.

Este trabajo se realizó teniendo en cuenta la confidencialidad de los datos de los pacientes y la no divulgación, respetando así los aspectos éticos; además se contó con la autorización y aprobación de la dirección médica del hospital.

RESULTADOS

Se determinó una prevalencia alta y considerable de HTA; 35% de 488 pacientes tenían el diagnóstico de la enfermedad y recibían tratamiento, coincidente con la prevalencia a nivel nacional.

Con respecto a la caracterización el 63% son de Villa Elisa, el 9% de Fernando de la Mora, 9% de Ñemby y 5.8% de San Antonio. El 75% de los pacientes que ingresaron eran de sexo femenino. La mediana de la edad fue de 62 años, con un mínimo de 24 años y un máximo de 93 años.

Solo el 13% de los pacientes tenía IMC normal, el 35 % presentaba sobrepeso, mientras que el 31% tenía Obesidad de clase I, 16% Obesidad de clase II y el 5% Obesidad de clase III.

Menos de la mitad de los pacientes presento buen control de la presión arterial; el 40% tenía una PA en el rango de 140/80 a 140/90 mmHg. Si comparamos entre los sexos resalta que los pacientes de sexo masculino, registraron menos consultas. El 52% (81 pacientes) utiliza terapia con un solo fármaco (monoterapia), de los cuales: 32 pacientes (18.8% del total) usan losartán, 49 pacientes usan enalapril (28.8% del total). El 39% (67 pacientes) utiliza terapia con

dos fármacos (terapia combinada). 17 pacientes (10%) utilizan la combinación de 3 fármacos en su tratamiento. Por último el 3% (5 pacientes) de la muestra utiliza terapia con 4 fármacos.

DISCUSION

Se estima en este estudio, una prevalencia de hipertensión arterial de 34.8%, coincidente con la prevalencia a nivel nacional, porcentaje alto y considerable (resultado recolectado de los datos de La Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles publicada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en abril del año 2012) que registra que el 32,2% de los paraguayos presentan HTA⁵. Así también se aproxima con datos de otros países de la región, como por ejemplo el estudio RENATA 2 de Argentina, publicado en el año 2017, dónde la prevalencia de HTA es de 36.3%⁹. En relación con otros países del Mercosur, se encuentran datos muy similares que demuestran los siguientes datos: Brasil (22%), Argentina (28%), Chile (33%), Uruguay (33%)¹¹. Esta situación podría estar relacionada con la alta prevalencia de sobrepeso, obesidad, dislipidemias, estilo de vida sedentaria, consumo de alcohol y tabaco en la población adulta.

Menos de la mitad de los pacientes presento buen control de la HTA, pudiendo deberse a una medicación errónea, necesidad de mayor dosis, hipertensión resistente o a una falta de adherencia por parte del paciente. La gran mayoría de los pacientes acudía con cifras tensionales de 140/100, siendo la meta inicial del tratamiento un valor menor a 140/90 para reducir la mortalidad y morbilidad cardiovascular, renal, cerebral, etc., para la población general y menor a 130/80 mmHg para diabéticos y nefrópatas¹³.

La mayoría de los pacientes utilizan monoterapia (48%) y en segundo lugar terapia combinada de dos fármacos (39%) en diferentes comprimidos, cuando la recomendación actual de guías tanto europeas como americanas es el uso de fármacos combinados en única píldora. El fármaco más utilizado es un ARA II en un 32%, el segundo más utilizado es un IECA en un 28%; tales fármacos son de primera elección en la mayoría de los pacientes, con recomendación científica por lo que se cree que la falta de control de la PA se debió a la necesidad de aumentar la dosis, combinación

con otro fármaco, falta de adherencia por parte del paciente e hipertensión arterial resistente entre otras posibles causas.

En el ámbito de la salud pública de nuestro país, aún no se cuenta con comprimidos antihipertensivos combinados, lo cual sí se implementa sería estratégico para el mejor control de los pacientes.

En guías americanas, como la guía del JNC 7, se recomienda empezar el tratamiento con dos drogas cuando la presión sistólica estuviera encima de 20 mmHg o la diastólica encima de 10 mmHg con respecto a las metas correspondientes, sugiriendo la combinación de un tiazídico asociado a IECA, ARA II, calcio antagonista o beta- bloqueador¹³. Respecto a las guías recién citadas se recomiendan cifras < 130/80 mmHg (incluso en mayores de 65 años y en los diabéticos) e iniciar tratamiento farmacológico cuando el riesgo cardiovascular es >10% en 10 años, concluyendo que sus metas son aún más estrictas que las guías europeas en las cuales se basó este trabajo de investigación.

CONCLUSION

Recalamos el ascenso y la alta prevalencia de HTA en nuestro país, lo cual es alarmante, ya que esta enfermedad desencadena complicaciones en múltiples órganos, aumentando la morbimortalidad general y cardiovascular.

Además vimos también que más de la mitad de los pacientes diagnosticados con HTA y tratados farmacológicamente, no se encontraban controlados.

Hoy en día contamos con estrategias de tratamiento probadas científicamente y efectivas, mediante cambios en el estilo de vida como farmacológicamente; sin embargo, el control de la presión arterial aún es insuficiente en todo el mundo y podría estar muy lejos de ser satisfactorio, continuando como la mayor causa evitable de enfermedad cardiovascular y de mortalidad por cualquier causa.

REFERENCIAS

1. Campos Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza Tobías A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud pública Méx [Internet] 2018 (citado en junio del 2019);60(3):233-4. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.21149/8813>
2. Berenguer Guarnaluses L J. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. MEDISAN [Internet]. 2016 (citado el 8 de julio del 2020); 20(11): 2434-2438. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015&lng=es.
3. Gómez JF, Camacho PA, López-López J, López-Jaramillo P, Gómez JF, Camacho PA, et al. Control and treatment of arterial hypertension; Program 20-20. Rev Col Card [Internet] 2019 (citado en abril del 2019); 26(2):99-106. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.06.008>
4. Ortellado Maidana J, Ramírez A, González G, Olmedo Filizzola GO, Doll MA de, Sano M, et al. Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial 2015. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet] 2016 (citado en septiembre del 2019); 3(2):11-57. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932016000200002
5. Sánchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol [Internet] 2010 (citado en marzo del 2019); 29(1):117-144. Disponible en: <https://hipertension.cl/wp-content/uploads/2014/12/Guias-Latinoamericanas-HTA.pdf>
6. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti E, Azizi R, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. [Internet] 2019 (citado en febrero del 2019); 72(2):160.e1-e78. Disponible en: <https://www.revvespcardiol.org/es-pdf-S0300893218306791>
7. Ayala LL, Condezo MK, Juárez EJ. Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con hipertension arterial. CI

- [Internet]. 2010 (citado el 8 de julio del 2020); 13(2):78-1. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/3230>
8. Bryce A, Coca A. Tratamiento de la hipertensión arterial: monoterapia o combinaciones. Rev Arg Cardiol [Internet]. 2011 (citado el 8 de julio del 2020); 79(4):355-363. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3053/305326988009.pdf>
 9. Marin MJ, Fábregues G, Rodríguez PD, Díaz M, Paez O, Alfie J, et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. Rev Arg Cardiol [Internet] 2012 (citado en agosto de 2020); 80: 121-129. Disponible en : <https://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/rac/article/view/File/1043/pdf>
 10. González-Rodríguez R, Martínez-Cruz M, Castillo-Silva D, Rodríguez-Márquez O, Hernández-Valdés J. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. Finlay [Internet]. 2017 (citado el 8 de julio del 2020); 7(2): 6. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/520>
 11. Galeano IO, Brizuela M, Cardenas M, Figueredo E, Achinelli CC. Frecuencia de Hipertensión Arterial en pacientes de primera consulta en consultorio externo de la Primera Cátedra de Clínica Médica, Hospital de Clínicas, año 2012. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Internet]. 2014 (citado 31 de mayo de 2020); 12(2). Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v12n2/v12n2a09.pdf>
 12. Cañete Felicia, Sequera Victor-Guillermo, Santacruz Ethel, Enciso Eduardo, Hernegard Sofia, Paiva Tania et al . Nivel de actividad física en la población adulta del Paraguay. Prevalencia y factores asociados. An. Fac. Cienc. Méd. Asunción [Internet]. 2017 (citado el 8 de julio del 2020); 50(3): 17-28. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492017000300017&lng=es .
 13. Iza Stoll Agustín. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. Acta méd. peruana [Internet]. 2006 (citado

el 8 de julio del 2020); 23(2): 93-99. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200009&lng=es.