

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS
GUANTANAMO

CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIHIPERTENSIVOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Dra. Esperanza Cardosa Aguilar¹, Dra. Elizabeth Pereira Relis², Dra. Yamil Fernández Betancourt³, Dra. Sandra María Casas Groos⁴, Dr. Artemio Cuza Díaz⁵, Dra. Dayami Soler Cano.⁶

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo transversal para evaluar la calidad de la prescripción de antihipertensivos en 2 consultorios del médico de la familia en el área de salud "Emilio Daudinot" del municipio Guantánamo, en el período comprendido desde el 1ro. de junio de 2003 hasta el 30 de mayo de 2004. La muestra estuvo constituida por 200 pacientes mayores de 18 años y que sólo tenían tratamiento farmacológico por los facultativos de dicha área (especialistas en Medicina General Integral, Cardiología, Ginecología y Geriátrica). Predominaron las prescripciones con calidad, la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico fue buena y se definieron como controlados la mayoría de éstos.

Palabras clave: PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS/normas; AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS/administración y dosificación.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HTAS) constituye uno de los problemas médico-sanitarios más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y en Cuba. El control de la misma es la piedra angular sobre la

¹ *Master en Farmacia Clínica. Especialista de I Grado en Farmacología. Asistente.*

² *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Farmacología. Profesor Auxiliar.*

³ *Especialista de I Grado en Farmacología. Instructor.*

⁴ *Especialista de II Grado en Farmacología. Profesor Auxiliar.*

⁵ *Especialista de II Grado en Cardiología.*

⁶ *Master en Medicina Bioenergética y Natural. Especialista de I Grado en Farmacología Clínica. Asistente.*

que hay que actuar para disminuir, en forma significativa, la morbimortalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y renales. Por lo tanto es inconcebible encontrar un país desarrollado que no disponga de programas nacionales para el seguimiento y control de esta afección que invalida al ser humano en la etapa más productiva de su vida.¹

Dado que la HTAS es el principal factor de riesgo cardiovascular, especialmente para la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, el objetivo del tratamiento antihipertensivo no consiste en reducir las cifras de presión arterial, sino la morbimortalidad cardiovascular asociada a la misma.

En el nivel primario de atención se originan más del 90 % del consumo de los medicamentos, por lo que es especialmente importante la realización de estos estudios y, particularmente, los de utilización de aquellos medicamentos que son empleados en enfermedades crónicas y los de mayor consumo, entre los que figuran los antihipertensivos.²

En la provincia Guantánamo se han realizado varios estudios^{3,4} en cuanto a la atención del paciente hipertenso y la prevalencia de morbimortalidad por esta enfermedad donde se detectaron imprecisiones en la calidad de la prescripción de la terapéutica antihipertensiva. Es por ello que nos propusimos evaluar su calidad, la cual involucra factores como el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente y la efectividad terapéutica; ambos aspectos inciden en la evolución y pronóstico de esta enfermedad.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal, de utilización de medicamentos, del tipo indicación-prescripción con elementos de esquema terapéutico, con el objetivo de evaluar la calidad del tratamiento antihipertensivo en 2 consultorios del médico de la familia del Policlínico Universitario "Emilio Daudinot" del municipio Guantánamo, en el período comprendido junio de 2003 - mayo de 2004.

El universo estuvo constituido por 2 100 pacientes hipertensos dispensarizados en el Grupo Básico de Trabajo No. 2 del Área Norte de Salud. De ellos, se seleccionaron 520 pacientes que pertenecían a 2 consultorios, los cuales fueron diagnosticados como hipertensos sistémicos y recibían tratamiento farmacológico, excluyéndose los menores de 18 años, los que sólo

tenían tratamiento no farmacológico y los que fallecieron o se mudaron en el período de estudio. Finalmente se aplicó un muestreo simple aleatorio y se obtuvo una muestra de 200 pacientes.

La calidad de la prescripción se evaluó teniendo en cuenta la adecuación del tratamiento, adherencia terapéutica, efectividad del tratamiento y competencia de los médicos responsables de la prescripción de antihipertensivos en los consultorios seleccionados. Se consideró dos categorías: prescripción con calidad y prescripción sin calidad.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS para Windows, versión 12.0 (2003). Para la caracterización de la muestra fue empleada la estadística descriptiva y para el análisis de las variables declaradas se utilizó la estadística descriptiva paramétrica y no paramétrica.

RESULTADOS Y DISCUSION

En cuanto a las características demográficas, la mayoría de los pacientes tenía más de 65 años (39.5 %), fueron mujeres el 62.5 % y prevalecieron los negros y mestizos (65 %). Estos resultados reflejan la caracterización del color de piel de la zona geográfica en que se realizó el estudio.⁴

Respecto a la caracterización de la HTAS en estos pacientes se advirtió que la mayor proporción tenía entre 6 y 10 años de padecer la enfermedad (38.5 %). El 76.5 % de los pacientes fue estratificado como grado II, de tipo sistodiastólica (48.0 %) y en el grupo de riesgo cardiovascular C (63.5 %). En el 51.0 % de los casos se reconoció alguna enfermedad asociada entre la que prevaleció la cardiopatía isquémica (49.1 %).

Estos resultados permiten afirmar que la tercera parte del universo estudiado ha sido objeto de las consecuencias de la HTAS, pues como se ha demostrado, existe una estrecha relación entre ésta y enfermedades cardiovasculares asociadas.⁵

Predominó la elección de la biterapia en 117 pacientes (58.5 %), seguidos por aquellos que tenían indicado un solo medicamento antihipertensivo con 71 pacientes (35.5 %). Mientras que los esquemas de tratamientos que incluyeron más de dos medicamentos, sólo representó el 6 % (12 pacientes).

Estos resultados pueden interpretarse como que aquellos pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad y mayor número de patologías asociadas al sistema cardiovascular, fueron los que tuvieron mayor número de medicamentos en sus esquemas de tratamientos y que en aquellos pacientes que padecen esta entidad, además, de una enfermedad cardiovascular o cuando ésta estaba asociada con diabetes mellitus o asma bronquial, los esquemas de tratamiento incluyeron más de dos medicamentos antihipertensivos.

En el esquema de tratamiento con monoterapia, predominó la prescripción de los antihipertensivos correspondientes a los inhibidores de las enzimas convertidoras de la angiotensina (IECA) en el 17 %, mientras que en la biterapia fue la combinación de este grupo terapéutico con diuréticos del grupo de las tiazidas, que representó el 25.5 %. Si bien es cierto que los IECA fueron los fármacos más empleados en la monoterapia debemos reflejar que los diuréticos estuvieron presentes en el tratamiento de 112 pacientes (56.0 %), especialmente combinados con otros agentes antihipertensivos. Como monoterapia sólo se indicaron en 5 pacientes (2.5 %).

Es preciso destacar que las combinaciones entre fármacos antihipertensivos fueron beneficiosas en la mayoría de los pacientes. Se detectó en 4 pacientes la combinación de Cifapresín y Furosemida o un diurético tiazídico, quizás por desconocimiento por parte del prescriptor de la composición del Cifapresín (2.0 %).

Sin embargo las combinaciones no favorables de fármacos antihipertensivos con otros fármacos fueron más frecuentes. Se destacaron las combinaciones de betabloqueadores con hipoglicemiantes orales. Antiinflamatorios no esteroideos con diuréticos, fue otro error encontrado toda vez que es conocido que los primeros reducen el efecto antihipertensivo de los segundos.⁶

Se observó que en 24 pacientes, los esquemas terapéuticos indicados no estuvieron en correspondencia con las características individuales del paciente, lo cual es un elemento que pudiera contribuir al inadecuado control de la hipertensión arterial en los mismos.

Para determinar la adecuación del tratamiento se analizó el esquema terapéutico, la individualización del tratamiento y las combinaciones medicamentosas prescriptas.

Entre las imprecisiones relacionadas con la individualización del tratamiento estuvo la prescripción de betabloqueadores (Propranolol) en pacientes asmáticos. Es conocido que éste fármaco bloquea la respuesta broncodilatadora a las catecolaminas y aminas simpáticomiméticas resultando perjudicial en estos pacientes.

También se prescribió betabloqueadores en pacientes diabéticos lo que disminuye su respuesta a la insulina y disminuye el efecto de los hipoglicemiantes orales, igualmente fue indicado a pacientes con insuficiencia cardíaca. Nifedipina fue prescrita en ancianos a dosis elevada con el riesgo de la hipoxia cerebral que esto conlleva por caída brusca de la tensión arterial. La Nifedipina se usó como primera elección en algunos pacientes, lo cual es un mal hábito de prescripción pues este medicamento no disminuye los riesgos cardiovasculares ni modifica las manifestaciones clínicas de la nefropatía en pacientes diabéticos.

Teniendo en cuenta el análisis del tratamiento empleado en cada paciente según los criterios antes mencionados pudimos concluir que en 134 pacientes el tratamiento empleado fue adecuado para el 67.0 %.

En el cumplimiento del tratamiento farmacológico por parte del paciente. En la Figura 1 puede apreciarse que el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes fue satisfactorio, lo que demuestra una buena adhesión en la mayoría. Se constató en la entrevista realizada en sus hogares que la falta de adherencia estuvo condicionada por diversos factores que podemos resumirlos en: inherentes al personal médico, al medicamento y al paciente⁹.

Durante el año que se realizó el estudio, a todos los pacientes hipertensos incluidos en el estudio se les realizó la monitorización cada tres meses, de las cifras de tensión arterial, independientemente, del sistemático control que les realizaba su médico de familia.⁷

En la Tabla 1 se muestra la distribución de los criterios de efectividad de los tratamientos farmacológicos. El 61 % de la muestra (122 pacientes) fue clasificado dentro del criterio controlado porque durante el tiempo estudiado mantuvieron cifras de tensión arterial inferiores según los límites máximos establecidos, mientras que los restantes 78 pacientes fueron clasificados: 20, como parcialmente controlados y, 58, como no controlados.^{7,8}

Según los criterios para evaluar la efectividad del tratamiento, el mayor número estuvo en la categoría de controlado (61.0 %); hecho este que se corresponde con los resultados de la adecuación de la terapéutica antes analizados.

En la Figura 2 se muestra el comportamiento de la calidad de la prescripción de la terapéutica antihipertensiva. De los 200 pacientes, se estimó que en el 41.5 % (83 pacientes) la prescripción no fue de calidad.

Al analizar los resultados obtenidos en cada uno de los criterios que se consideraron para evaluar la calidad de la prescripción de los antihipertensivos en los pacientes estudiados, podemos concluir que en sentido general, la calidad fue buena, pues de los 200 pacientes, en el 58.5 % las prescripciones fueron adecuadas.

Se observa que de los 58 pacientes que fueron clasificados como no controlados de su hipertensión arterial, en el 82.76 % (48 pacientes) sus tratamientos farmacológicos no cumplieron los criterios de calidad establecidos; al igual que los 20 pacientes que fueron declarados como parcialmente controlados, en 10 de los mismos (50 %) fue igual comportamiento. Sin embargo, los tratamientos farmacológicos de los 122 pacientes que fueron clasificados como controlados, 25 de ellos (20.49 %), tampoco reunió los criterios de calidad declarados.

CONCLUSIONES

El tratamiento antihipertensivo resultó adecuado en la mayoría de los pacientes, la mayor parte de los pacientes hipertensos tuvieron una buena adherencia al tratamiento, en la evaluación de la efectividad de la terapéutica antihipertensiva hubo un predominio de pacientes controlados y el nivel de competencia de los facultativos estuvo entre medio y alto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dotres C, Pérez R, Córdova L, Santín M, Landrove O, Macías I. Programa de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15 (1): 46-7.

2. Arnau J M, Laporte JR. Promoción del uso racional de los medicamentos y preparación de guías farmacológicas. En: Laporte JR, Tognoni G. Principios de epidemiología del medicamento. 2ªed. Barcelona: Editorial Masson; 1995.p. 465-78.
3. Fernández VE, Salas L. Algunas consideraciones sobre los estudios del uso de los medicamentos[serie en internet]. Rev Cubana Invest Biom. 1999[citado: 22 oct 2003]; 18: 1 - 12. Disponible en: <http://www.fcq.unc.edu.ar/cime/temas.htm>
4. Oates JA. Antihipertensores y la Farmacoterapia de la hipertensión. En: Hardman JCI, Limbird Molinoff PB, Runddon R.W, Goodman AG. Goodman and Gilman Las bases farmacológica de la terapéutica. vI. México: Editorial McGraw Hill Interamericana; 2002.p.881, 889-902.
5. Macías Castro J, Cordiés Jackson L, Vázquez Vigoa A, Pérez Caballero MO. Diagnóstico de la Hipertensión Arterial. Acta Médica. 1998; 7 (1): 68-76.
6. The National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)[serie en internet]. JAMA. 2003[citado: 22 oct 2004]; 289: 2560 - 72. Disponible en: <http://www.jama.ama-assn.org/cgi/content/article/289/19/2560?etoc>.
7. Gil V. ¿Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico del hipertenso? En: Coca A, Sierra A. Decisiones Clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. 2ªed. Barcelona: Editorial Médica Jims; 1998.p. 479.
8. Castañer Herrera JF, Céspedes Lantigua LA. Hipertensión Arteial. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. vII. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 517 -521.

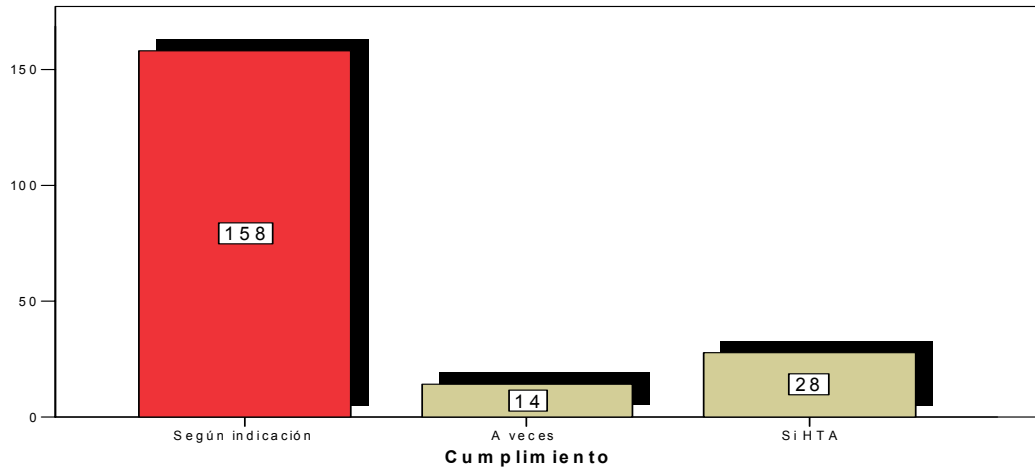


Gráfico I. Cumplimiento del tratamiento farmacológico.

TABLA 1. CRITERIOS DE EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS.

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	FRECUENCIA	%	PORCENTAJE ACUMULATIVO
No controlado	58	29.0	29.0
Parcialmente controlado	20	10.0	39.0
Controlado	122	61.0	100
TOTAL	200	100	

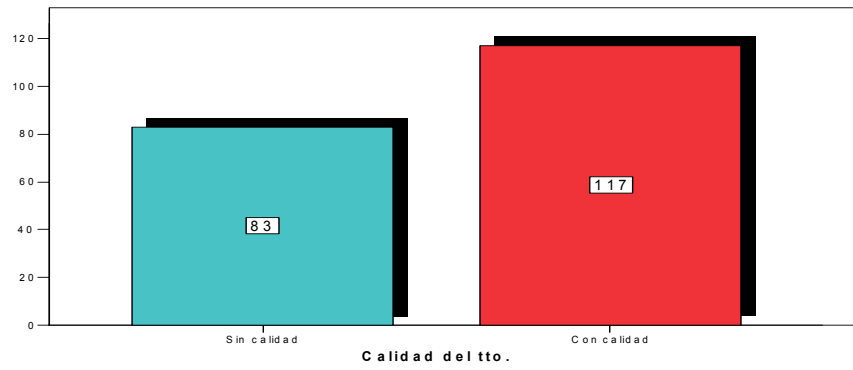


Gráfico 2. Clasificación de los tratamientos farmacológicos según los criterios de calidad.