

POLICLINICO UNIVERSITARIO
"OMAR RANEDO PUBILLONES"
GUANTANAMO

PRESCRIPCION DE ANTIHIPERTENSIVOS EN PACIENTES HIPERTENSOS

Dr. Félix Martínez Soto.¹

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo con el propósito de determinar el comportamiento de la prescripción de medicamentos antihipertensivos en pacientes pertenecientes al consultorio 11 del Policlínico Centro "Omar Ranedo Pubillones", en el período enero-diciembre de 2008. El universo de estudio está representado por los clasificados como hipertensos, la muestra es de 200 pacientes, tomada de forma aleatoria simple. En este estudio se comprueba predominio del sexo femenino en el grupo de edades de 60 años y más, color de piel negra. Es en estos pacientes que aparecen los principales errores de prescripción, al no tener en cuenta opciones individualizadas de tratamiento, por ello que se recomienda la realización de una intervención capacitante en el área, que funge como punto de partida para un trabajo de mayor envergadura, con el objetivo de corregir esta problemática.

Palabras clave: HIPERTENSIÓN; PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS; AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS/administración & dosificación.

INTRODUCCION

La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las condiciones que afectan la salud de individuos y poblaciones en todas partes del mundo. Representa una enfermedad de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente cerebro vascular, insuficiencia renal y contribuye significativamente a la cardiopatía y retinopatía hipertensivas, respectivamente.^{1,2}

¹ *Master en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Farmacología Clínica. Instructor.*

Esta enfermedad está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económico, social, cultural y ambiental. La prevalencia está en aumento, asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos.³

En el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de muertes por enfermedades circulatorias, 7.2 millones por enfermedades coronarias del corazón y 4.6 millones, por enfermedades vasculares encefálicas. La HTA está presente en la mayoría de ellas.

La prevalencia de HTA en Cuba se encuentra entre 38.2 a 25.6 % en personas de 15 y más años de edad, siendo nuestra provincia la cuarta de menor tasa de prevalencia, al utilizar las cifras de menos de 140/90 mm Hg para definir la normalidad, si se supone una población de 11 millones de habitantes, con el 70 % de población urbana, 30 % rural y 68 % de 15 años y más, con prevalencia del 30 % en zona urbana y 15 % en zona rural, se debe tener 1 729 000 de hipertensos. La incidencia se calcula entre 0.4 y 2.5 % millones anuales.

Desde el punto de vista epidemiológico se plantea que la HTA aumenta con la edad, igualmente la frecuencia de esta enfermedad aumenta con la edad de las personas a partir de los 45 años, es más frecuente en mujeres que en hombres, en mestizos que en blancos y predomina mucho más en el negro.⁴

La terapéutica de HTA se ha modificado considerablemente en los últimos años debido al desarrollo de la fisiopatología y farmacología cardiovascular. El establecimiento del programa de tratamiento farmacológico debe formularse sobre la base de aspectos importantes como: edad del paciente, necesidades individuales de fármacos y su dosificación, así como el grado de respuesta a la terapéutica. La adhesión del paciente al tratamiento impuesto es fundamental y debe ser una prioridad lograrlo. Las formulaciones más adecuadas y óptimas son las que garantizan un nivel de efectos terapéuticos durante 24 horas. Lo ideal es mantener el 50 % de sus máximos efectos al final de las 24 horas. Se pueden usar: diuréticos, betabloqueadores (BBA), alfa bloqueadores, vasodilatadores, anticálcicos (BCC), inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs) y bloqueadores de los receptores de la angiotensina II (ARA II).

Al no existir un fármaco ideal de uso generalizado para todos los pacientes, es imprescindible el tratamiento individualizado, de forma escalonada y

progresiva, hasta lograr efectos adecuados. Los efectos secundarios indeseables muchas veces están asociados a dosis excesivas de medicamentos. Tener presente que dosis inferiores a las requeridas para cada paciente, no garantizan la eficacia del tratamiento y sí incrementan la probabilidad de aparición de efectos adversos.⁵

La prescripción es un proceso complejo en el que intervienen algunos actores, muchos factores y demasiados intereses. Aunque puede parecer una decisión personal, la realidad está muy condicionada. El acto de recetar es fruto de una compleja interacción entre médico-paciente. El abordaje de la prescripción debe hacerse bajo la óptica farmacológica, hacia la vertiente epidemiológica y desde la implicación social ⁶. La calidad de la prescripción es un concepto abstracto, al incluir de forma simultánea aspectos farmacológicos, clínicos, sociales y económicos. La piedra angular de la calidad en la atención de la salud, es contar con profesionales que posean los conocimientos necesarios para desempeñarse adecuadamente.⁷

No obstante, la correcta prescripción médica es el pilar donde debe descansar todo su ejercicio, una vez que las medidas profilácticas no hayan provocado en los pacientes respuestas esperadas. Una medicación excesiva, insuficiente, errónea, no solo constituyen conductas yatrogénicas por si mismas, sino que a su vez, son causa frecuente de fallo terapéutico, abandono, falsas percepciones de curación o resistencia a la terapéutica, situaciones en las que el paciente es siempre el más afectado.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo con el propósito de determinar el comportamiento de la prescripción de medicamentos antihipertensivos en pacientes pertenecientes al consultorio 11 del Policlínico Centro "Omar Ranedo Pubillones", en el período enero-diciembre de 2008.

El universo de estudio está representado por los clasificados como hipertensos 682, la muestra es de 200 pacientes, tomada de forma aleatoria simple. En este estudio se comprueba predominio del sexo femenino en el grupo de edades de 60 años y más, color de piel negra.

Criterios de inclusión: Pacientes clasificados como prehipertensos, hipertensos grado I, hipertenso grado II. Pacientes de 18 y más años de edad. Estabilidad

del paciente en el área durante el período que se realiza la investigación, es decir, aquellos cuya permanencia en el área de salud fue estable antes, durante y después del estudio realizado. Que no presenten ningún grado de discapacidad mental, funcional u orgánica, en el momento del estudio y estén conformes en participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Los que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Se aplica una entrevista. El procesamiento de los resultados es expresado en tablas de asociación y gráfico de barras, los resultados son expresados en números y porcentajes.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la Tabla 1, donde se muestra la distribución de frecuencia de los pacientes estudiados según grupos de edades y sexo, se encuentra que existe predominio del grupo de edades de 60 y más, con 106 pacientes (53 %).

Estos resultados apoyan los datos referidos por estudios similares hechos por la sociedad Argentina⁸ en el que aparecen cifras que muestran como se triplican durante el pasado siglo las cifras de HTA en casi todo el planeta, con sutiles variaciones en diferentes países y en otros similares, llevado a cabo por León Ferder, en el que demuestra el aumento de la incidencia de esta nociva entidad a partir de los 65 años de edad y viéndose con más frecuencia en mujeres postmenopáusicas debido a supresión vasoprotectora brindada por estrógenos en las mismas.⁹

Por el color de la piel en la Tabla 2, se evidencia predominio de la pigmentación negra, con un total de 89 pacientes (44.5 %) de los cuales 52 estaban en el grupo de edades de 60 y más años, lo cual se corresponde con lo referido en diversas literaturas que demuestran prevalencia de este subgrupo poblacional en esta la más oriental de las provincias de nuestro país, y que está además acorde con los resultados que se recogen en los diversos estudios universales realizados al respecto.⁴

En la Tabla 3 se caracteriza la individualización del tratamiento en los pacientes estudiados de acuerdo a algunas variables demográficas y a condiciones patológicas asociadas a la hipertensión.

En los hipertensos blancos se utiliza con mayor frecuencia como monoterapia el captopril y como politerapia la combinación hidroclorotiazida-captopril obviándose el empleo de los betabloqueadores tan imprescindibles en la mayoría de los mismos, ya que al parecer no se tuvo en cuenta el papel que juega el sistema nervioso simpático SNS y la estimulación neurohormonal en la génesis de la HTA en este subgrupo específico de hipertensos, razones por las que 68 pacientes.(34.0 %) de 77 (38.5 %) recibieran una inadecuada prescripción antihipertensiva. Lo mismo ocurrió con los pacientes de raza negra ,84 (42.0 %) de 89 (44.0 %), en los que se usó en régimen de monoterapia el captopril y en politerapia la combinación de atenolol-captopril.

En los mestizos como monoterapia se utilizó frecuentemente la hidroclorotiazida y como politerapia la combinación atenolol-hidroclorotiazida. En los pacientes con color de piel negra se debe usar como tratamiento de primera elección los diuréticos tiazídicos y aún cuando no se seleccionen para el tratamiento inicial, todos los fármacos antihipertensivos pueden ejercer un efecto beneficioso adicional cuando se combinan con los mismos.

Los anticálcicos de acción retardada y bloqueadora de receptores alfa-1, le siguen en orden de importancia, lo cual no acontece en este estudio en ninguno de los casos recogidos.¹⁰

En los pacientes hipertensos con trastornos nerviosos asociados no se tuvo en cuenta el factor estrés, tan frecuente, que se ha ido presentando desde finales del siglo anterior, donde a esta edad situaciones como la jubilación, presentación o agravamiento de la disfunción eréctil, crisis familiares y otros¹¹, los hacen tan especialmente vulnerables; sin embargo a pesar de estar plenamente identificado como situación de riesgo comúnmente asociada a la HTA, no se administró en ningún caso un tranquilizante menor del tipo benzodiazepinas como está estipulado y con lo cual se podía haber logrado disminuir las cifras de HTA en estos pacientes y evitar incluso etiquetarlos erróneamente como hipertensos.¹²

En la cardiopatía isquémica, el atenolol fue utilizado poco, a pesar de ser uno de los medicamentos de elección en esta enfermedad, fundamentalmente en pacientes que han tenido infarto cardiaco previo, ya que disminuye la incidencia de arritmias por inestabilidad eléctrica, disminuyen el consumo miocárdico de oxígeno y la propensión a la muerte súbita.¹³

En los hipertensos con diabetes mellitus se recomienda como elección un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina, debido a su demostrada acción nefroprotectora, y como segunda opción un anticálcico de acción retardada por su neutralidad en el metabolismo lipídico y glucídico.¹⁴

Los diuréticos y los IECAs pueden utilizarse como primera línea en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca, a bajas dosis por su perfil suave de acción, su buena tolerancia y su evidenciado efecto cardioprotector. Actualmente se recomienda el uso de los últimos combinados, para mejor control y mayor cardioprotección, con anticálcicos (nitrendipino, isradipino, espirinolactona y otros).¹⁵

En la insuficiencia renal crónica no se usó furosemida ignorando la importancia del efecto depletor de potasio y úricos úrico tan necesarios en estos pacientes. Tampoco fue empleado ningún hipolipemiente en el caso de las dislipidemias, salvo en un paciente.¹⁶

En el asma bronquial se prescribe el propranolol en un paciente y el atenolol combinado con captopril-clortalidona en otro paciente, lo cual es inadecuado ya que los betabloqueadores, pueden empeorar la broncoconstricción por estimulación de los receptores beta2 bronquiales, además antagoniza la acción de la teofilina y los betaagonistas.¹⁷

Los resultados mostrados en la Tabla 4 relacionados con el régimen de tratamiento, muestran elevada tendencia de los médicos a monoterapia en pacientes hipertensos. Esto concuerda con las recomendaciones internacionales hechas al respecto para la HTA de aparición en edades más tempranas en las que se proclama el uso de este tipo de régimen terapéutico.

El tratamiento con un solo fármaco a la dosis recomendada produce una respuesta satisfactoria en el 50 ó 60 % de estos pacientes, pero se establece que aproximadamente el 62 % de los mayores de 60 años no se controlan con monoterapia, en estos casos se decide recurrir a las terapias combinadas que incrementan el efecto hipotensor o reduzcan los efectos secundarios manteniendo la eficacia antihipertensiva.¹⁸

En estos pacientes se deben prescribir dos fármacos o más, para los que en la práctica clínica resulta eficaz, utilizar generalmente un diurético combinado con un fármaco de otro tipo como es el caso de un IECA o anticálcico de acción retardada, pues así, se eleva el efecto hipotensor de fármacos y el número de

pacientes que responden al tratamiento hasta el 80 %. Es interesante señalar que en este estudio, en todas las combinaciones medicamentosas se prescribió un diurético, lo cual es una estrategia terapéutica indicada actualmente y que resulta paradójicamente de dudoso beneficio, ya que los pacientes de edad avanzada manejan poco volumen circulante, que se vería seriamente agravado por la acción de un diurético por lo que, como se observa más adelante, no se individualizó el tratamiento. En unos casos fueron omitidos fármacos elementales en dichas combinaciones medicamentosas y en otros las dosis no fueron reajustadas a las necesidades individuales.¹⁸

En cuanto a las reacciones adversas recogidas (Tabla 5), todas se corresponden con lo descrito en las diversas literaturas siendo la más frecuente la tos seca causada por el captopril pero llamó la atención que, la hipotensión era la más molesta y estaba relacionada con el uso de la clortalidona. En este referente se puede constatar que estaba siendo administrada de forma errónea. No se comenzaba a bajas dosis, se empleaba de forma diaria indeterminadamente lo que provocaba un efecto acumulativo de esta tiazida en particular que posee elevada liposolubilidad y tiempo de vida media (44 h), y tampoco se estaba dando seguimiento a los casos que la empleaban por lo que no se confirmaba la efectividad terapéutica lo cual provocaba esta reacción indeseada y conllevando al abandono terapéutico por parte de los pacientes.¹⁸

En este estudio, predominó la inadecuación del tratamiento evidenciándose a través de la no individualización del mismo y el empleo incorrecto de las combinaciones medicamentosas más recomendadas. El régimen terapéutico comúnmente empleado fue la monoterapia y el fármaco más prescrito fue el captopril, asociado a todas las combinaciones medicamentosas.

La reacción medicamentosa más frecuente y referida fue la tos seca, adjudicada al captopril, y la más molesta la hipotensión causada por la clortalidona. Esto demuestra el poco conocimiento de las principales orientaciones terapéuticas exhortadas en el programa nacional para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la HTA, por lo que se recomienda a todo nuestro personal prescriptor, la profundización en el conocimiento del mismo para de esta manera, elevar la calidad de vida de nuestro inmenso sector poblacional que padece de HTA.

CONCLUSIONES

En este estudio predominó la inadecuación del tratamiento evidenciándose a través de la no individualización del mismo y el empleo incorrecto de combinaciones medicamentosas más recomendadas. El régimen terapéutico más empleado fue la monoterapia y el fármaco más prescrito fue el captopril, asociado a todas las combinaciones medicamentosas. La reacción medicamentosa más frecuente y referida fue la tos seca, adjudicada al captopril, y la más molesta la hipotensión causada por la clortalidona.

RECOMENDACIONES

Realizar programas de intervención capacitante en esta área de salud y de ser posible, hacerlos extensivos a otras áreas que presenten igual problemática, con el propósito de elevar el nivel de conocimientos en nuestro personal prescriptor de antihipertensivos, sobre principales orientaciones terapéuticas exhortadas en el programa nacional para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la HTA, y de esta manera, lograr una adecuada utilización de estos medicamentos para disminuir la morbi-mortalidad causada por esta enfermedad y poder mejorar la calidad de vida de nuestros hipertensos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guía cubana para prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial 2006. Programa Nacional 2007- VII Reporte del JNC.
2. Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
3. Macías I. Epidemiología de la Hipertensión Arterial. *Acta Médica*. 1997; 7 (1): 15-24.
4. Anuario Estadístico. Año 2006. Dirección Provincial de Salud Guantánamo.
5. Arnau JM. La investigación sobre utilización de medicamentos en la atención primaria. Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de medicamentos: ¿prescribir menos o prescribir mejor? *Atención primaria*. 1994; 13:153-158.
6. González Ramírez R. *Mortalidad por Enfermedades no Transmisibles*. Guantánamo: Universidad Médica; 2001.

7. Peña M. Consideraciones acerca del Seguimiento Terapéutico de la Hipertensión Esencial. *Rev Cubana Cir Cardiovascular*. 1997; 6 (2): 93-8.
8. Stein HJ. *Internal Medicine*. 3ªed. Madrid : McGraw Hill Interamericana ;1992.p. 550-565.
9. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JNC 7- Complete Versión. *Hypertension*. 2003; 42:1206-1252.
10. Influencia en ancianos hipertensos. 1999; 15(4): 364 - 7.
11. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care NICE 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/>
12. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypert*. 2007; 25: 1005-1187.
13. Jamerson K, Weber MA, Bakris G, Dahlöf B, Pitt B, Shi V, et al. for the Accomplish trial investigators. Benazepril plus Amlodipine or Hydrochlorothiazide for Hypertension in High-Risk Patients. *N Engl J Med*. 2008; 359 (23):2417-28.
14. Organización Panamericana de Salud. La HTA como problema de Salud Comunitario. Washington: OPS; 1998.
15. Bennet y Plum. *Tratado de Medicina Interna Cecil*. t1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998.p.294-309.
16. Rotaeché del Campo R, Aguirrezabala Jaca J, Balagué Gea L, Gorroñoigoitia Iturbe A, Idarreta Mendiola I, Mariñelarena Mañeru E, et al. *Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial (actualización 2007)*. Osakidetza. GPC. Vitoria-Gasteiz; 2008.
17. World Health Organization. International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens*. 2003; 21:1983-1992.
18. Formulario Nacional de Medicamentos [libro en Internet]. [citado: 23 jun 2009]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/formulario_nacional_medicamentos/indice_p.htm-2006.

TABLA 1. GRUPOS DE EDADES Y SEXO.

GRUPO DE EDADES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
18 – 29	-	-	-	-	-	-
30 – 59	40	20.0	54	27.0	94	47.0
60 ó más	50	25.0	56	28.0	106	53.0
TOTAL	90	45.0	110	55.0	200	100

Fuente: Planilla.

TABLA 2. COLOR DE LA PIEL.

GRUPO DE EDADES	BLANCA		NEGRA		MESTIZA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18 – 29	-	-	-	-	-	-	-	-
30 – 59	45	22.5	37	18.5	12	6.0	94	47.0
60 ó más	32	16.0	52	26.0	22	11.0	106	53.0
TOTAL	77	38.5	89	44.5	34	17.0	200	100

Fuente: Planilla.

TABLA 3. INDIVIDUALIZACION DEL TRATAMIENTO.

ASPECTOS	ADECUADAS		INADECUADAS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
EDAD						
18 – 29	-		-		-	
30 – 59	52	26.0	42	21.0	94	47.0
60 o más	69	34.5	37	18.5	106	53.0
COLOR DE LA PIEL						
Blanca	9	4.5	68	34.0	77	38.5
Negra	5	2.5	84	42.0	89	44.5
Mestiza	11	5.5	23	11.5	34	17.0
VALORES DE HTA						
Prehipertenso	10	5.0	-	-	10	5.0
Hipertenso grado I	42	21.0	19	9.5	61	30.5
Hipertenso grado II	83	41.5	46	23.0	129	64.5
PATOLOGIAS ASOCIADAS						
Asma bronquial	11	5.5	-	-	11	5.5
Diabetes mellitus	6	3.0	8	4.0	14	7.0
Insuf. card. congestiva	2	1.0	5	2.5	7	3.5
Cardiopatía isquémica	8	4.0	13	6.5	21	10.5
Hipercolesterolemia	1	0.5	3	1.5	4	2.0
Insuf. renal crónica	1	0.5	5	2.5	6	3.0
Trastornos nerviosos	14	7.0	22	11.0	36	18.0

TABLA 4. REGIMEN TERAPEUTICO Y CALIDAD.

REGIMEN TERAPEUTICO	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Monoterapia	101	50.5	69	34.5	170	84.0
Politerapia	12	6.0	18	10.0	30	16.0
TOTAL	113	56.0	87	44.5	200	100

TABLA 5. FRECUENCIA DE APARICION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM).

MEDICAMENTO UTILIZADO	RAM REFERIDA	FRECUENTE		POCO FRECUENTE		RARA		TOTAL (N=200)	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Captopril	Tos seca	65	32.5	-		-		65	32.5
	Dolor de garganta	-		19	9.5	-		19	9.5
	Cansancio	-		-		6	3.0	6	3.0
Clortalidona	Hipotensión	-		43	21.5	-		43	21.5
	Broncoespasmo	1	0.5	-		-		1	0.5
Atenolol	Náuseas	5	2.5	-		-		5	2.5
	Mareo	-		8	4.0	-		8	4.0
	Trastornos visuales	-		-		1	0.5	1	0.5
Hidroclorotiazida	Disfunción eréctil	-		4	2.0	-		4	2.0
TOTAL		71		74		7		152	76.0

Leyenda: B.B: Betabloqueadores.

B.C.C: Bloqueadores de los canales del calcio.

IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

A.R.A: Antagonistas de los receptores de angiotensina.