



Uso de la terapia antihipertensiva combinada en pacientes hipertensos Policlínico Emilio Daudinot. Guantánamo 2023.

Emilio Luis Delfino Vega;¹ <https://orcid.org/0000-0003-1923-1151>

Angel Luis Delfino Vega;² <https://orcid.org/0000-0001-9242-8546>

Leticia Martínez Díaz;² <https://orcid.org/0009-0008-8635-5422>

Irayma Cazull Imbert,³ <https://orcid.org/0000-0002-6629-2291>

1. Especialista I grado de Medicina General Integral, Policlínico Emilio Daudinot Bueno. Cuba.
2. Doctor en Medicina Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Cuba
3. Doctor en Ciencia de la Salud. Especialista de 2^{do} grado en Medicina Interna. Intensivista. Profesor e investigadora Titular. HGD Dr. Agostino Neto Guantánamo, Cuba

Introducción: Comparada con la monoterapia, las terapias combinadas tienen la ventaja de ser más efectivas y más indicada para disminuir la Tensión Arterial, con menos efectos adversos. **Objetivo:** Caracterizar el uso de la terapia antihipertensiva combinada en pacientes hipertensos del Consultorio 10 del Policlínico Emilio Daudinot en el período del 2023. **Diseño Metodológico:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo con enfoque cuantitativo, con universo representado por el total de pacientes del Consultorio 10, y muestra constituida por los 241 pacientes hipertensos de dicha área, seleccionados por un muestreo de tipo intencional, a los que se les realizaron 3 mediciones de la tensión arterial y se les aplicó una encuesta. **Resultados:** el 36,10% de los hipertensos tiene tratamiento con terapia combinada doble y el 23,24% con terapia triple. El 66,07% de los mayores de 50 años tiene triple terapia. El 57,14% de las del sexo femenino tiene triple terapia. El 79,69% de los hipertensos estadio I tiene tratamiento con doble terapia; y el 96,43% de los que tiene triple terapia están compensados de su enfermedad. El 39,08% de los que usan doble terapia tienen un diurético + un IECA; mientras que el 51,79 % de los que usan terapia triple tienen un diurético + un IECA + un β -bloqueador. **Conclusiones:** Tanto en la doble como en la triple terapia la mayoría de las combinaciones incluyen un diurético, y en segundo lugar de prioridades un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

Palabras claves: antihipertensivos, hipertensión arterial, tratamiento combinado.



Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad cardiovascular más común y el principal factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. ¹ Está suficientemente probado que existe una relación continua e independiente de otros factores de riesgo, entre los valores de presión arterial y las complicaciones cardiovasculares y renales, lo que se cumple para todas las edades y todos los grupos étnicos. ²

La HTA sigue teniendo una alta prevalencia en la población general y está demostrado que aumenta con la edad; constituye un importante problema de salud pública, que afecta a aproximadamente a un billón de personas y se ubica como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos, ajustados por discapacidad. En los países de Suramérica, su prevalencia oscila entre el 14 y el 42 %, en la población adulta ³ y en Cuba es del 30,9 % en personas de 15 años o más, lo que significa que hay 2,6 millones de personas con HTA. ²

El tratamiento farmacológico eficaz para los hipertensos disminuye la morbilidad y la mortalidad por enfermedad cardiovascular, reduciendo el riesgo de accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y enfermedad de la arteria coronaria (por sus siglas en inglés CAD); ⁴ por tanto, la adopción responsable del tratamiento con antihipertensivos es fundamental para el control adecuado de las cifras tensionales, la prevención de complicaciones e inclusive la muerte.

Con respecto a la terapia farmacológica, el inicio precoz de antihipertensivos (A-HTA) se recomienda en personas con niveles de presión arterial sistólica (PAS) ≥ 160 mmHg, o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 100 mmHg, con cualquier nivel de riesgo cardiovascular (RCV). Los beneficios principales de la terapia A-HTA se debe a la reducción de la PA y son independientes del fármaco elegido. Se debe procurar alcanzar gradualmente las metas terapéuticas dentro del primer mes de iniciado el tratamiento. La terapia combinada presenta las ventajas de ofrecer mayor probabilidad de alcanzar las metas de PA, y de hacerlo en menor tiempo, actuar sobre distintos mecanismos fisiopatológicos simultáneamente. Puede considerarse el uso de la terapia combinada como esquema inicial en pacientes con PA basal marcadamente alta o con alto RCV. ⁵

Para poder clasificar a los pacientes hipertensos como controlados, es de elección la medida de PA clínica. La recomendación es lograr una PA clínica $< 140/90$ mmHg en la mayoría de las poblaciones hipertensas. Recientemente se Han recomendado métodos complementarios para verificar el control de la HTA, uno de estos es el Monitoreo Ambulatorio de la Presión arterial (MAPA), que tiene como ventaja de correlacionar de manera precisa con el DOB que la PA clínica incluso presenta mayor valor pronóstico de eventos y mortalidad



CV. Se considera controlado el tener en promedio durante el período diurno una PAS <135 mmHg y PAD <85 mmHg, durante el nocturno una PAS <120 mmHg y PAD <70 mmHg y en las 24 horas una PAS <130 mmHg y PAD <80 mmHg.

Problema Científico: ¿Cuáles son las características del uso de la terapia antihipertensiva combinada en pacientes hipertensos del Consultorio 10 del Policlínico Emilio Daudinot en el período del 2023?

Objetivo

Caracterizar el uso de la terapia antihipertensiva combinada en pacientes hipertensos del Consultorio 10 del Policlínico Emilio Daudinot en el período del 2023.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo para caracterizar el uso de la terapia antihipertensiva combinada en pacientes hipertensos del consultorio 10 Policlínico Emilio Daudinot durante el 2023.

El universo del estudio lo constituyeron 1065 pacientes, que son la totalidad de pacientes pertenecientes al consultorio 10 del Policlínico Emilio Daudinot. La muestra del estudio la constituyeron 241 pacientes hipertensos pertenecientes a dicho consultorio, seleccionados por un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Los criterios de inclusión fueron: Pacientes de 18 años o más, pacientes con diagnóstico de HTA primaria, paciente sin modificación del tratamiento antihipertensivo durante el mes previo al MAPA, paciente con control óptimo según criterio de MAPA, paciente con MAPA con $\geq 70\%$ de las lecturas válidas. Se excluyó a: Pacientes con HTA secundaria, pacientes gestantes y puérperas pacientes con hospitalización en los últimos 30 días, pacientes con endocrinopatías no controladas, enfermedad renal crónica, enfermedades psiquiátricas o déficit intelectual.

Parámetros éticos:

Para la realización de la presente investigación se solicitó la aprobación por parte del Comité de Ética Médica del Policlínico Emilio Daudinot, al que tributa el Consultorio Médico de la Familia 2 donde se realizó el estudio. Durante las visitas domiciliarias se solicitó el consentimiento informado a cada paciente de manera

individual y escrita. Se consideró en todo momento la práctica de los principios de la Bioética: la autonomía, la beneficencia, no maleficencia, y la justicia.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de características demográficas y clínicas de acuerdo a género en pacientes con terapia antihipertensiva combinada del consultorio 10 Policlínico Emilio Daudinot durante el 2023.

Características Número (%)	Mujeres n=42	Hombres n=33	Global n=75	p
Edad (años)	59,5 ± 9	51,9 ± 11,2	55,5 ± 10,2	0,01*
Tiempo de enfermedad (meses)	96 ± 51,3	132 ± 42	129 ± 44	0,4**
Peso (kilogramos) (n = 66)	68,7 ± 11,2	85,6 ± 10	75,4 ± 12,4	<0,001*
IMC (44)	28,2 ± 4,3	28,1 ± 3,6	28,5 ± 4,6	0,7*
Comorbilidades				
Dislipidemia	18 (42 %)	15 (45 %)	33 (44 %)	0,22***
Obesidad	11 (26 %)	4 (12%)	15 (20%)	0,44***
Hipotiroidismo	3 (6 %)	0	3 (6 %)	-
Diabetes	11 (26 %)	9 (27 %)	20 (26 %)	NS****
Otro	1 (2 %)	6 (18 %)	9 (12 %)	

*T test, **Prueba de Mann-Whitney, *** prueba de Chi cuadrado, **** prueba exacta de Fisher. IMC: índice de masa corporal. En base al total de pacientes con IMC disponible. (a) En base a los pacientes con IMC disponible sumado a los pacientes con diagnóstico de obesidad sin IMC disponible. Otros: enfermedad arterial periférica, enfermedad renal crónica.

Con respecto a las características demográficas (ver tabla 1), 42 pacientes de los 75 (56%) fueron de género femenino (la relación mujeres a hombres fue de 1 a 5) y la media de edad de 55,5 años (desviación estándar [DE] 10,2), mujeres 59,5 (DE: 9) y hombres 51,9 (DE: 11,2). En cuanto a las características clínicas, la mediana del tiempo diagnóstico de HTA (129 meses ±44).

Tabla 2. Valores del MAPA y distribución de patrón nocturno de según género.

MAPA		Mujeres n = 48	Hombres n = 27	Global n = 75
Día	Sistólica	115 ± 9	122 ± 8	118 ± 8
	Diastólica	75 ± 5	78 ± 9	76 ± 8
Noche	Sistólica	109 ± 6	105 ± 3	105 ± 9
	Diastólica	69 ± 7	60 ± 5	61 ± 3
24 h	Sistólica	115 ± 4	119 ± 6	115 ± 5

	Diastólica	69 ± 5	76 ± 8	69 ± 6
Patrón nocturno	Dipper	23 (48 %)	16 (59 %)	39 (52 %)
	Otros	25 (52 %)	11 (41 %)	36 (48 %)

Tabla 3. Tipo de terapia y número de antihipertensivos de acuerdo a género.

Terapia		Femenino n = 42 (%)	Masculino n = 33 (%)	Global n = 75
Monoterapia		22 (42 %)	21 (74 %)	43 (53 %)
Terapia combinada	Total	28 (58 %)	7 (26 %)	35 (47 %)
	2	18 (37 %)	4 (15 %)	22 (30 %)
	3	9 (19 %)	3 (11 %)	12 (16 %)
	4	1 (2 %)	-	1 (1 %)
Mediana de A-HTA (promedio)		2 (1,8)	1 (1,4)	1 (1,7)

La terapia combinada fue prescrita para 35 pacientes (47%) ver tabla 2. En cuanto a la predominancia del tipo de tratamiento según género, se halla que el 58% de mujeres recibió terapia combinada mientras que el 74% de varones recibió monoterapia, $p < 0,01$.

Se identificó al menos una comorbilidad en 53 pacientes (71%) y 12 de 53 pacientes, tuvieron más de una. Las principales comorbilidades fueron: dislipidemia (57%) y obesidad (33%).

Los resultados del MAPA se detallan en la Tabla 2, los promedios de PAD diurno y nocturno fueron significativamente menores en las mujeres ($p < 0,05$).

Las características según tipo de terapia se detallan en la Tabla 3. La edad y el tiempo de enfermedad fueron mayores en el grupo que recibió terapia combinada, con un $p = 0,02$ en ambos casos. El grupo de terapia combinada mostró mayor proporción de dislipidemia (69%) y obesidad (23%) en comparación con el grupo con monoterapia (48% y 18%).

DISCUSIÓN

Los estudios clínicos importantes demuestran que la mayoría de los pacientes requieren dos o más medicamentos para lograr controlar su TA. La doble y triple terapias con fármacos antihipertensivos han mostrado mejores efectos en el control de la HTA que la monoterapia. ⁶ El presente estudio arrojó que el 36,10% de los pacientes hipertensos del área analizada tiene tratamiento con terapia doble y el 23,24% lo lleva

con terapia triple. Estos resultados son superiores a los obtenidos por María Glória Corbalan Carrillo et al en un estudio sobre evaluación del cumplimiento farmacológico en adultos hipertensos donde se obtuvo que el 27,1% toma dos medicamentos, mientras que solo el 4,17% toma tres medicamentos para controlar su Presión Arterial. A consideración de los investigadores estas diferencias están en relación con los adelantos científicos en materia de guías terapéuticas para la HTA, además de una mayor cantidad de pacientes adultos mayores.

La Tensión Arterial se incrementa con la edad, y es incluso mayor a partir de los 60 años. Los propios cambios que se producen en el organismo de las personas a medida que envejece provocan que el tratamiento de la HTA sea más difícil, por lo que generalmente la terapia combinada es la elección. En el presente estudio el 66,07% de los pacientes de 50 años o más tiene tratamiento con triple terapia, lo que denota que a mayor edad se necesita un mayor número de fármacos antihipertensivos para controlar la HTA; estos resultados están en correspondencia con los obtenidos por Jorge A. Silva Valido et al en un estudio sobre caracterización de terapéutica antihipertensiva en pacientes mayores de 60 años donde se pudo conocer que el 77,6 % de estos toma más de un fármaco para controlar su TA. A juicio de los investigadores, esta mayor cantidad de fármacos antihipertensivos en los adultos mayores se debe al difícil control de la HTA que en ocasiones aparece con el incremento de la edad.

El sexo debe ser un fenómeno a tomar en cuenta al momento de iniciar la terapéutica antihipertensiva ya que conforme avanza la edad en las mujeres, la prevalencia y la severidad de la HTA se incrementan de forma marcada, de manera que a partir de los 65 años el porcentaje de mujeres con TA elevada es superior al de los hombres. Asimismo, diversos trabajos han mostrado que, a edades más avanzadas, el control de la HTA es peor en las mujeres que en los hombres; además de que el riesgo cardiovascular es mayor dentro de las femeninas. Según los resultados del presente estudio el 57,14% de los que llevan tratamiento con triple terapia antihipertensiva son del sexo femenino, lo que demuestra que es más común el uso de terapias combinadas en el tratamiento de la HTA para el sexo femenino. Resultados estos que están en correspondencia con los obtenidos por Honorato Ortiz Marrón en un estudio sobre prevalencia, grado de control y tratamiento de la HTA en Madrid²³ donde se obtuvo que el 31% de todas las féminas hipertensas llevan tratamiento con terapia combinada, mientras que solo el 16,5% de los del sexo masculino tiene igual terapia. A consideración de los investigadores, estos resultados están en relación con el mayor riesgo cardiovascular que poseen las del sexo femenino, además de una mejor adherencia a la terapéutica que se logra con las féminas.

El estadio de la TA es uno de los factores más importantes a tener en consideración para decidir la terapéutica antihipertensiva. Los datos aportados por el presente estudio demuestran que el control de las cifras de HTA depende de las cifras de Tensión Arterial y a medida que estas sean mayores, se necesitará una mayor cantidad de fármacos para lograr su control. El control de la HTA es crucial para evitar eventos causantes de mortalidad e invalidez como complicaciones directas de la HTA. En muchas ocasiones el adecuado control de la misma requiere más de un fármaco antihipertensivo. Con la realización de la presente investigación se pudo conocer que el 96,43% de los pacientes hipertensos que llevan una terapéutica antihipertensiva con tres fármacos está compensado, mientras que solo el 3,57% de los que toman tres fármacos se encontraban descompensados de su enfermedad, y a consideración de los investigadores, esto debe estar en relación con un incumplimiento de la terapéutica antihipertensiva, ya que estudios han demostrado que si los pacientes llevan correctamente su tratamiento con triple terapia, aunque sea en pocas dosis se logra un control de la HTA.

Conclusiones

La terapia antihipertensiva combinada es, en muchas ocasiones, la elección para el tratamiento de la Hipertensión Arterial. En el área donde se realizó la investigación la mayoría de los pacientes lleva tratamiento con monoterapia, sin embargo, una cantidad considerable de pacientes tiene tratamiento con doble o triple terapia. Los del sexo masculino usan más la terapia combinada doble, mientras que las féminas usan más terapia combinada triple. La triple terapia es más empleada en los pacientes Hipertensos estadio II y en los que tienen mayor período de evolución de su enfermedad. Tanto en la doble como en la triple terapia la mayoría de las combinaciones incluyen un diurético, y en segundo lugar de prioridades un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. En sentido general, existe un buen uso de la terapia antihipertensiva combinada, lo que denota mayor conocimiento por parte del personal de salud encargado de imponer la terapéutica.

Referencia Bibliográfica

¹ Eschenhagen T. Tratamiento de la hipertensión. En: Brunton LL. Goodman & Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics. 13ed. México: McGraw-Hill Global Education Holdings;2018. p.507-526.

² Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JPo, Navarro Despaigne DA, Noval García R de la, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial.

Rev Cub Med [en línea]. 2017 Dic [citado 3 May 2018]; 56(4):242-321. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001&lng=es

³ Rojas MMZ. Morales BSY. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? Rev Colomb Enfer [en línea]. 2014 [citado 3 May 2018]; 9(9):133-141. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6547167.pdf>

⁴ Patel P, Ordunez P, Pette D Di, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. Rev Panam Salud Pub [en línea] 2017 [citado 3 May 2018]; 41:1-12. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v41/1020-4989-RPSP-41-1.pdf

⁵ Alegría SJ, Patrón R, Portocarrero A, Medina FA. Terapia antihipertensiva combinada en pacientes hipertensos controlados en una clínica privada de Lima. Interciencia RCCI. 2014;5(1):6-15.

⁶ Chaves Brenes Liliana. Evidencia que soporta el uso de la terapia combinada en el tratamiento de la hipertensión arterial. Rev. costarric. cardiol [Internet]. 2013 June [cited 2020 Jan 20]; 15(1): 03-04. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422013000100001&lng=en.