

Hipertensión Arterial. Encuesta de actitudes en atención primaria y análisis del consumo de antihipertensivos en Navarra (1993-1998)

Manuel Serrano Martínez - Centro de Salud de Azpilagaña - Unidad de Epidemiología y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

Cristina Agudo Pascual - Servicio de Prestaciones Farmacéuticas

[Definición de hipertensión arterial](#)

[Encuesta de actitudes](#)

[Tratamiento de la hipertensión en Navarra \(1993-98\)](#)

[¿Cuál debe ser el tratamiento antihipertensivo?](#)

[Consideraciones de coste efectividad](#)

[Conclusiones](#)

[Bibliografía recomendada](#)

DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es una alteración hemodinámica objetivable, con fisiopatología bien conocida, que puede ser consecuencia de una amplia variedad de situaciones patológicas, y por lo tanto puede definirse como un signo clínico de enfermedad. Además es un factor de riesgo relevante para sufrir enfermedades derivadas de daño vascular en cualquier territorio del organismo, aunque las más frecuentes son, como se sabe, las enfermedades isquémicas del corazón y del sistema nervioso central (1). El mayor beneficio de un correcto diagnóstico, seguimiento, tratamiento y control de las cifras de presión arterial de los pacientes hipertensos es la disminución de la morbimortalidad por causa cardiovascular como se concluye de los múltiples estudios realizados al respecto (1).

La amplia difusión de las recomendaciones de la OMS para el tratamiento y control de la hipertensión arterial en todo el mundo ha conducido a una progresiva disminución de la mortalidad cardiovascular (1,2).

Tabla 1. Hipertensión arterial: clasificación y recomendaciones actuales del JNC VI (1)

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA	SEGUIMIENTO
Óptima	<120	<80	2 años
Normal	<130	<85	2 años
Normal-alta	<140	<90	1 año
HTA fase 1	<160	<100	2 meses
HTA fase 2	<180	<110	1 mes
HTA fase 3	≥180	≥110	<1 semana

Se denomina hipertensión arterial a toda cifra que sea igual o mayor que 140 mmHg de sistólica y/o 90 mmHg de diastólica (Tabla 1). Clasificar como personas hipertensas a aquellas con cifras iguales o superiores a 90 mmHg de tensión diastólica supone identificar como población de riesgo a casi el 30% de los adultos españoles (3), además está establecido que la relación entre las cifras de tensión arterial (TA) y el riesgo cardiovascular es directa y continua (4,5,6), por lo que toda actuación encaminada a conseguir y mantener cifras óptimas de TA está plenamente justificada.

La toma adecuada de TA requiere entrenamiento y exactitud en el registro (7). La TA suele ser más alta cuando se mide en la consulta que cuando se realiza la medición en el domicilio, por lo que se propugna la autotoma de TA, con lo que se consigue una mejor fiabilidad del diagnóstico y una mejor adherencia al tratamiento y seguimiento (8,9). La monitorización ambulatoria de la presión arterial con aparato registrador ("Holter"), tiene indicaciones concretas (10): hipertensión episódica o "de bata blanca", evaluación de respuesta al tratamiento y de la hipertensión con lesiones orgánicas.

En la denominada hipertensión "de bata blanca", sin embargo, no conviene olvidar que este grupo de pacientes corre cierto riesgo de desarrollar hipertensión arterial definida en el futuro, por lo que es necesario realizar un seguimiento de las cifras de TA domiciliaria (9).

índice 

ENCUESTA DE ACTITUDES

Se realizó una encuesta entre los médicos de atención primaria de los centros de salud de la Comunidad Foral de Navarra con el fin de conocer las actitudes prevalentes en el tratamiento de la hipertensión arterial. Se enviaron 310 encuestas y se contestaron 153 (49,3%). Los médicos que contestaron tenían una experiencia media en atención primaria de $14 \pm 9,06$ años, con un intervalo de 0,5 a 38 años.

Diseño y resultados

1.- Se formularon doce preguntas con objeto de explorar la actitud de los médicos en cuanto al diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de la hipertensión arterial en una escala de 1 a 5, aunque para su interpretación se transformaron en variables dicotómicas, según se hubiera contestado "siempre" o "casi siempre", frente a los que contestaron "nunca", "casi nunca", o "alguna vez" (Tabla 2).

2.- Tres preguntas se referían a la prescripción de antihipertensivos, para explorar actitudes de adecuación del tratamiento al paciente (Figura 1), y para investigar la actitud de los médicos ante la TA descontrolada (Figura 2). En esta última pregunta se consideró, en el caso de dar más de una respuesta, la que se ponía en práctica "siempre" o "casi siempre", y en el caso de no haber ninguna actitud predominante, se consideró "más de una opción".

3.- Por último, dos preguntas se referían a las derivaciones a atención especializada. Solamente un 47% de los médicos de atención primaria mostraron preferencias por una especialidad de referencia concreta. El 16% envía sus pacientes principalmente a medicina interna, el 11% a cardiología y el 20% a nefrología. El resto (53%) no tiene preferencia por ninguna especialidad. Durante el pasado año 1998 se realizaron una media de $2,24 \pm 2,44$ derivaciones por cada médico de atención primaria hacia especialidades, por problemas derivados del seguimiento de pacientes hipertensos, lo que pudo suponer cerca de 700 consultas en total.

Tabla 2. Resultados de la encuesta

PREGUNTAS DE LA ENCUESTA	si (%)	no (%)
controló TA cada 2 años a mayores de 45 años	83	16,3
he mejorado el diagnóstico y tratamiento	69,9	28,1
he estudiado una revisión actualizada	81,7	18,3
uso fármacos nuevos	54,2	39,9
acepto tensiones de 160/90	57,5	39,9
exijo menos de 140/90	63,4	32,7
exijo igual a mayores de 65 años	28,8	66,7
trato la hipertensión sistólica aislada	76,5	21,6
mido el riesgo cardiovascular	73,2	26,8

pregunto cumplimentación del tratamiento	88,9	10,5
vigilo hábitos de vida	85,6	12,4
consigo mejor control con consulta enfermería	76,5	21,6

Figura 1

Opción preferente de tratamiento

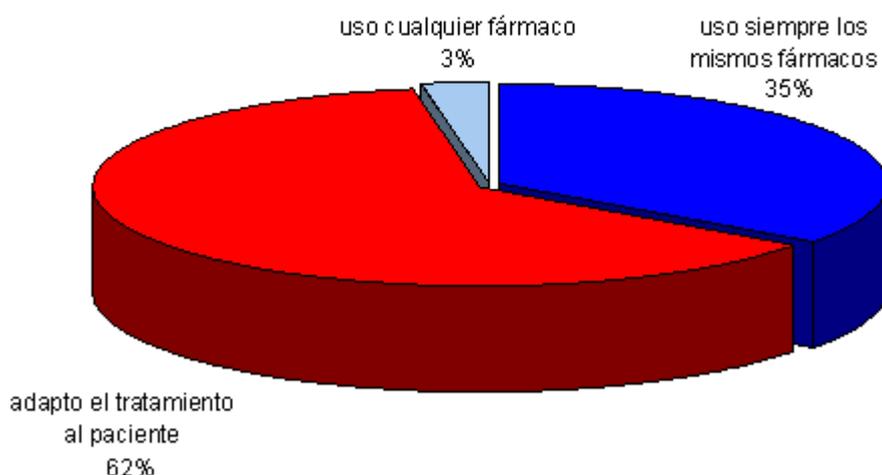
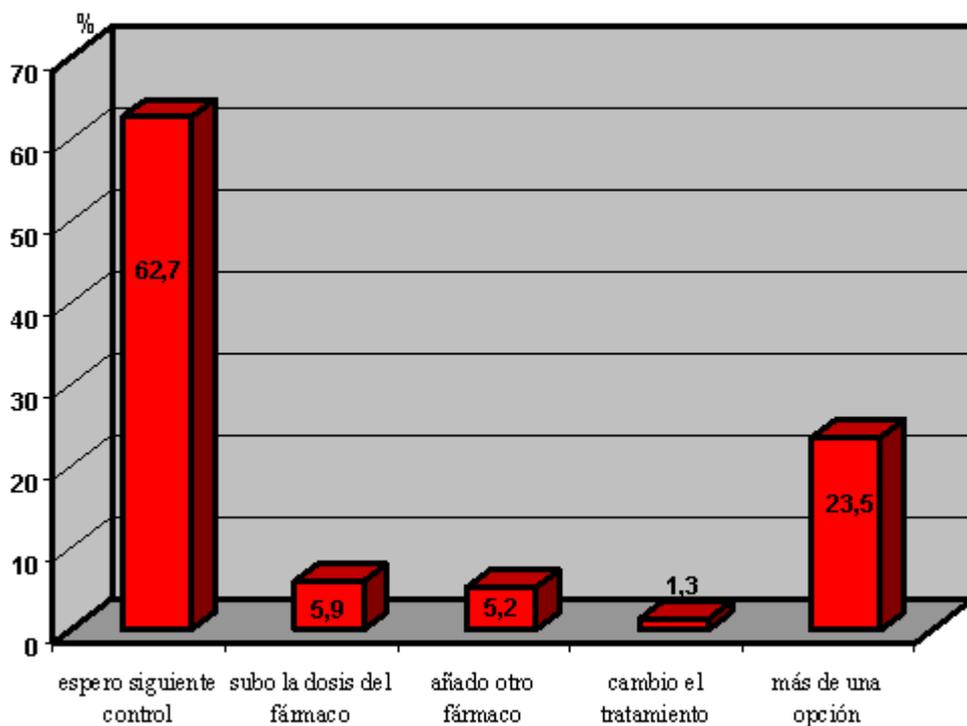


Figura 2

Actitud ante TA descontrolada



Discusión

Sin pretender sacar conclusiones definitivas de este análisis, se utilizará como guía para analizar la actitud recomendable para el tratamiento de la hipertensión en otras publicaciones, así como otros resultados comparables a este estudio.

El análisis de las respuestas según el tiempo de trabajo en atención primaria (menos de 5 años, entre 5 y 20 y más de 20), no mostró diferencias significativas entre las respuestas a ninguna de las preguntas.

Llama la atención entre las respuestas de la encuesta (Tabla 2) que mientras el 69,9% piensa que ha mejorado en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes hipertensos y un 63,4% exige cifras inferiores a 140/90, el 57,5% de los médicos de atención primaria acepta cifras de 160/90, y sólo un 28,8% exige la misma eficacia del tratamiento en pacientes mayores; éstas son actitudes que pueden dificultar el control de los pacientes hipertensos.

Las actuaciones que se ponen en práctica en el control de los hipertensos no son en general demasiado efectivas, como se desprende del análisis del estudio Controlpres, recientemente terminado en España (10). Este estudio demuestra que únicamente el 30,1% de los pacientes tratados tienen una TA inferior o igual a 140/90. La TA sistólica es más difícil de controlar, con un 19,5% de pacientes con cifras menores de 140 mmHg, mientras que la TA diastólica alcanza cifras menores de 90 mmHg en un 42,6%. El nivel de normalización de la TA con tratamiento en España es del mismo orden que en otros países como Canadá (16%), USA (24%), Italia (28%) o Bélgica (15,5%).

Los estudios económicos de coste efectividad muestran relaciones superiores, de hasta un 41%, en los pacientes con control óptimo (<140/90) respecto a aquellos medianamente controlados (<160/90) (11). Las ventajas de un estricto control de la TA en atención primaria, respecto a disminución de consultas hospitalarias, urgencias, hospitalizaciones y morbilidad por accidentes cardiovasculares y por todas las causas no han sido investigadas aún.

Sí es conocido, como por otra parte es lógico pensar, que aquellos con un control más estricto en cuanto a programación de visitas, incremento o cambio de medicación, y vigilancia estrecha por antecedentes de enfermedad coronaria son los pacientes con mejor control (12).

El control de la TA requiere una estrategia de tratamiento que precisa adaptarse a la situación del paciente, lo que sólo se lleva a cabo por el 62% de los médicos (Figura 1). La actitud en atención primaria en general es expectante ante la TA descontrolada, como se aprecia por los resultados de la encuesta (Figura 2), en la que un 62,7% de los médicos indican que en esta situación esperan al siguiente control. Es decir, que los médicos de atención primaria en Navarra no suelen modificar sus pautas de actuación a pesar de comprobar que sus pacientes no están bien controlados, lo que concuerda con los datos de otros estudios publicados (10,13). Esta misma actitud parece común en otros países (14).

Las dificultades para lograr un correcto control de la TA son múltiples, y las causas de un descontrol real o aparente deben ser consideradas ante cualquier paciente que no alcance las cifras esperadas (Tabla 3).

Tabla 3. Causas de falta de control real o aparente (1)

• Hipertensión de "bata blanca"
• Mal cumplimiento del tratamiento
• Dosis bajas de antihipertensivos
• Combinaciones inefectivas
• Fármacos*
• Exceso de sodio en la dieta
• Obesidad
• Apnea del sueño
• Ansiedad

*simpatomiméticos, anorexígenos, anticonceptivos, corticoides, AINE, regaliz, ciclosporina, eritropoyetina, antidepresivos.

El cumplimiento de la medicación y la adhesión al tratamiento no farmacológico de la hipertensión es uno de los objetivos de las consultas de seguimiento. De la encuesta realizada a los médicos de atención primaria de Navarra (Tabla 2) se puede destacar que se vigila habitualmente el cumplimiento del tratamiento, tanto farmacológico como en referencia a los hábitos de vida. A pesar de todo, hay que dudar en algunos casos de la exactitud de la adhesión terapéutica, y reforzar positivamente las ventajas del control de la TA en las consultas de seguimiento, puesto que en algunas publicaciones se afirma que hasta el 50% de los pacientes no cumplen con exactitud las indicaciones de los médicos (15). No obstante, aún en cumplidores estrictos, hasta un 34% de los hipertensos están mal controlados (16), de donde se debe concluir la necesidad de considerar modificaciones en la medicación cuando este hecho pueda ser la

explicación de cifras elevadas de TA en hipertensos tratados.

A pesar de todo lo dicho, los médicos de atención primaria en España son optimistas en cuanto se refiere al grado de control de la TA en sus pacientes, llegando a pensar que el 78% de sus enfermos tienen la hipertensión controlada con el tratamiento (17) mientras que según el estudio Controlpres (10), en el mejor de los casos no se alcanza el 25% de pacientes controlados.

índice 

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN NAVARRA (1993-98)

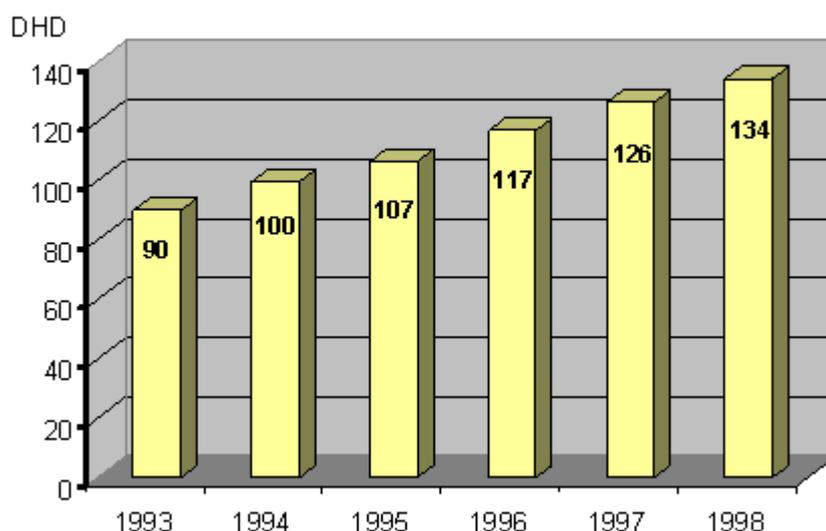
El análisis de los datos de fármacos consumidos durante el periodo 1993-1998 se ha realizado a partir de los datos aportados por el Servicio de Prestaciones Farmacéuticas de la Dirección de Atención Primaria. El consumo bruto de un fármaco se expresa en DDD, esto es, en dosis diarias definidas o, lo que es lo mismo, el peso del fármaco dividido por la cantidad del mismo que constituye una dosis estándar. Cuando se divide esta cantidad por los miles de habitantes de una población se obtienen las unidades DHD (dosis por 1000 habitantes y día) que ponen en relación la cantidad bruta con la población.

No se han analizado separadamente aquellos grupos de fármacos cuyo uso relativo es muy bajo.

Discusión

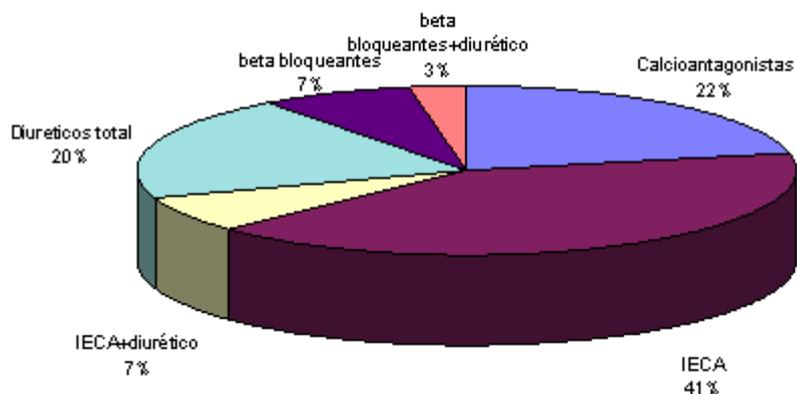
El crecimiento anual de uso de antihipertensivos en Navarra sigue un patrón uniformemente ascendente, como se puede apreciar en la Figura 3, con un incremento entre el 6 y el 10% anual. El consumo de 134 DHD en 1998 indica que cada 1000 habitantes consumen 134 dosis diarias definidas, es decir, que el 13,4% de la población estaría en tratamiento si la dosis diaria fuera la establecida como estándar, y ningún paciente tomara más de un antihipertensivo. Como hay pacientes que consumen dosis diarias distintas de una DDD (del mismo o de un segundo fármaco) para el tratamiento de la hipertensión, y algunos no reciben tratamiento con fármacos, la proporción de individuos bajo tratamiento es probablemente inferior al 13%, por lo que se sugiere, con las reservas oportunas a la falta de datos concluyentes al respecto, que sólo se ha detectado a la mitad de los hipertensos en nuestra comunidad, puesto que la proporción de adultos con tensiones arteriales elevadas puede llegar a ser de hasta el 34% de una comunidad y hasta del 60% entre los ancianos (18,19), aunque no todos precisarían medicación antihipertensiva para su control.

Figura 3
CONSUMO DE ANTIHIPERTENSIVOS
EN DHD POR AÑO EN NAVARRA



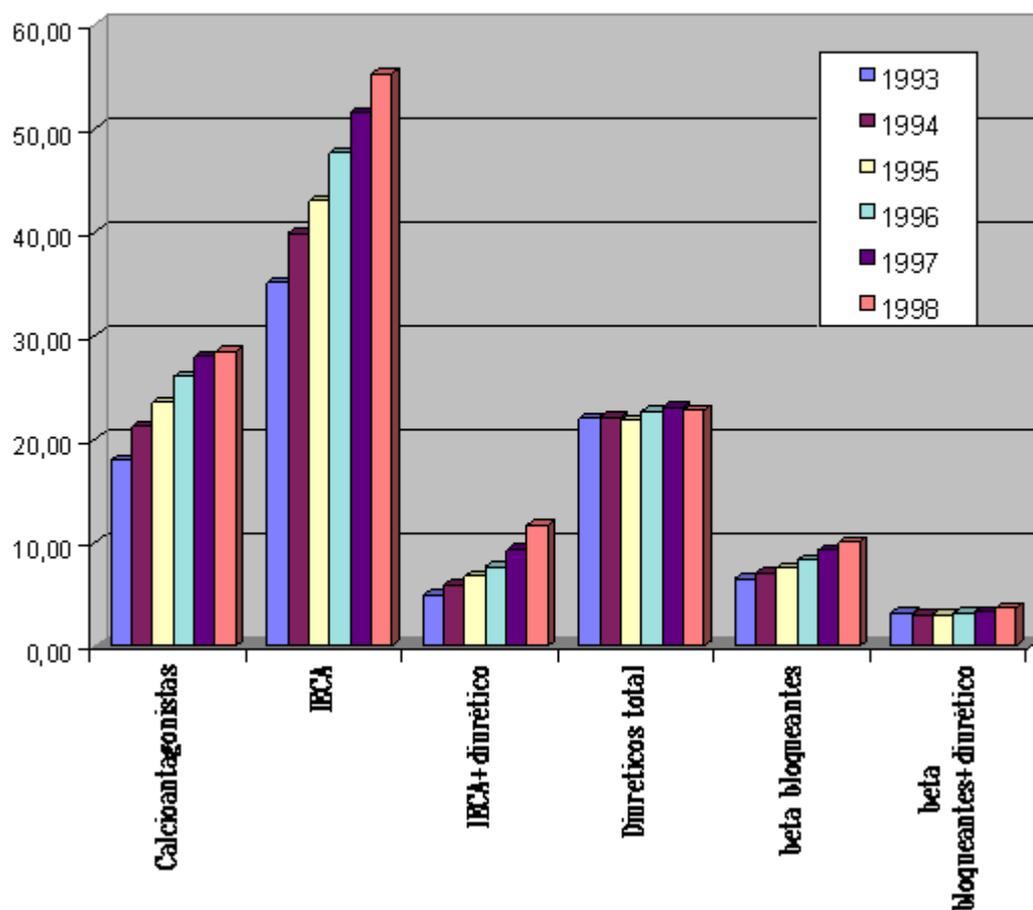
Con respecto al consumo de los principales fármacos, como se expresa en la Figura 4, en el conjunto del periodo 1993-98 se detecta una importante preponderancia del grupo de los IECA, de manera similar a lo que se muestra en otros estudios españoles recientes (10,11). Llama también la atención el uso de diuréticos en el 20% de los pacientes (sumando los asociados con IECA o betabloqueantes ascienden hasta el 30%). Los betabloqueantes se usan más, y los calcioantagonistas ligeramente menos que lo hallado en otras publicaciones (10,11) (en conjunto un 10% y un 22% respectivamente). En general, la distribución de los distintos grupos farmacológicos en la población de hipertensos cambia poco entre los trabajos publicados, y lo hallado en Navarra se adapta sin grandes variaciones a lo conocido por otros trabajos.

Figura 4
 CONSUMO ACUMULADO (1993-1998) DE
 LOS PRINCIPALES ANTIHIPERTENSIVOS



Resulta interesante analizar las variaciones que sufre el consumo de los diferentes antihipertensivos desde 1993 hasta 1998 en Navarra. La Figura 5 expresa el número total de DHD consumidas por cada grupo farmacológico y año. En ella se aprecia que globalmente los fármacos más usados y con crecimiento más llamativo son los IECA y los calcioantagonistas, mientras que los diuréticos se encuentran estabilizados en todo el periodo, y los betabloqueantes tienen un uso restringido y su crecimiento es escaso.

Figura 5
 CONSUMO DE LOS PRINCIPALES ANTIHIPERTENSIVOS POR DHD Y AÑO



El análisis del crecimiento porcentual anual de cada grupo farmacológico muestra sin embargo un comportamiento inverso al anterior (datos no mostrados), es decir que los grupos que progresivamente menos crecen son los IECA, los calcioantagonistas y diuréticos (estabilizados e incluso presentan crecimiento negativo en 1995 y 1998), y los que más rápidamente crecen, respecto a su uso en periodos anteriores son las asociaciones de IECA con diuréticos y betabloqueantes con diuréticos así como los betabloqueantes solos.

Los estudios de eficiencia (20) indican que solamente estarían indicados los IECA o calcioantagonistas en aquellos casos en los que no se toleraran o estuvieran contraindicados los betabloqueantes y los diuréticos, o en los que se identificara alto riesgo

cardiovascular (21), lo que podría estar reflejado en el incremento porcentual de los betabloqueantes en todo el periodo analizado.

El desplazamiento del tratamiento farmacológico hacia asociaciones fijas podría indicar una actitud progresiva de los médicos motivados hacia un mejor control de la hipertensión arterial a través del cambio de prescripción, lo que quizá sea el comienzo de una evolución hacia comportamientos más activos en el control de los pacientes hipertensos, al contrario que lo indicado por otras publicaciones (10,11), y también por los resultados de la encuesta (Figura 2).

El uso de calcioantagonistas se está desplazando claramente desde las formas de dihidropiridinas de acción corta, hacia formulaciones de liberación sostenida de los calcioantagonistas, y hacia calcioantagonistas de tercera generación, caracterizados por su larga acción intrínseca (datos no mostrados). Esta evolución está claramente conducida por evidencias de posibles efectos perjudiciales de las dihidropiridinas de primera generación, que pueden dar lugar a aumentos de la mortalidad coronaria (22), y por la efectividad de la acción antihipertensiva de las formas de liberación retardada y de los de larga acción.

índice 

¿CUÁL DEBE SER EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO?

Al comprobar cifras iguales o superiores a 140/90 en un paciente, y en repetidas ocasiones, es en primer lugar fundamental iniciar consejos sobre estilo de vida y la adopción de medidas que pueden ser útiles para bajar las cifras de TA, lo cual requiere un enfoque que ocasionalmente puede ser multidisciplinar, pero siempre adoptado conjuntamente por el médico y la enfermera, ajustado al paciente y con apoyo del entorno familiar.

Debe resaltarse el abandono del tabaco, la realización de ejercicio físico, la reducción del consumo excesivo de alcohol y la aproximación dietética para reducir peso, dietas hipocolesterolemiantes, diseñadas para evitar hiperglucemias postprandiales, con reducción de la sal, etc.

Todo ello requiere una alta capacidad empática y paciencia para individualizar la aproximación al paciente, sabiendo que es mejor lograrlo, que la rapidez en hacerlo.

Dependiendo de la estratificación del riesgo cardiovascular, será necesario introducir fármacos en el tratamiento. También dependerá del grado de la hipertensión y del grado de control logrado con medidas no farmacológicas, tanto de la TA como de otros factores de riesgo confluyentes en el mismo paciente. En la Comunidad Foral se encuentra en uso una herramienta de evaluación del riesgo cardiovascular establecida como protocolo para su aplicación en atención primaria, que utiliza la escala de Framingham para el cálculo del riesgo coronario (23).

La hipertensión en fase 1, 2 y 3 (Tabla 1) requiere siempre tratamiento farmacológico, según las recomendaciones más actuales, en el riesgo alto, y en el riesgo moderado si después de 3-6 meses de cambio en estilos de vida persisten cifras iguales o superiores a 140/90. En el riesgo bajo, la TA inferior a 150/95 (HTA limítrofe según la OMS) puede seguirse vigilando periódicamente sin medicación siempre que se cumplan los requisitos del tratamiento no farmacológico (1,2).

El tratamiento farmacológico descende las cifras de TA aproximadamente en un 4 a 8%, por lo que las cifras moderadamente elevadas generalmente precisan de una asociación de fármacos para controlarse, una vez que se hayan descartado otras causas de mal control aparente (Tabla 3). Las asociaciones farmacológicas descenden las cifras de TA en cuantía superior a la que se obtendría con cada fármaco por separado, hasta un 15% de las cifras iniciales.

En aquellos casos en los que no hubiera razón para un descontrol persistente es necesario descartar una de estas tres causas: a) hipertensión "de bata blanca", b) uso de un manguito pequeño en relación al perímetro del brazo, y c) hipertensión secundaria a una enfermedad orgánica

Fármacos de inicio aconsejados según el JNC VI (1)

Copatología	Tratamiento recomendado
Hipertensión no complicada	Betabloqueantes o diuréticos
Hipertensión sistólica aislada	Diuréticos o calcioantagonistas
Diabetes mellitus	Diuréticos a baja dosis
Diabetes mellitus con proteinuria	IECA

Insuficiencia cardiaca	IECA y diuréticos
Infarto agudo de miocardio	Betabloqueantes (o IECA si disfunc. ventric)
Hiperplasia benigna de próstata	Alfabloqueantes

índice 

CONSIDERACIONES DE COSTE EFECTIVIDAD

Sin ser el objetivo de este trabajo analizar ni recomendar actuaciones en el ámbito de la economía sanitaria, ha parecido necesario hacer antes alguna consideración que ayude en la toma de decisiones terapéuticas para que sean éstas cada vez más eficientes.

Este tema ha sido revisado y publicado recientemente (24), y los datos apoyan la racionalización del tratamiento médico de la hipertensión. El punto más conflictivo es la elección de los pacientes que han de recibir tratamiento y en qué momento hay que comenzar. Con respecto al objetivo final del tratamiento, en cuanto a cifras de TA, las evidencias son tan significativas que obligan a bajar las cifras tanto como sea posible (25).

La decisión de reservar el tratamiento farmacológico y el control óptimo sólo a pacientes de alto riesgo como algunos indican, nos conduciría a realizar una ineficaz prevención primaria, y consiguientemente a mantener una elevada proporción de pacientes en riesgo no controlado en atención primaria.

Es verdad que en las consultas de atención primaria no se aprecia la evidencia del beneficio, pero los estudios muestran sin lugar a dudas que los episodios cardiovasculares graves (asociados con elevados costes y pérdida de años de vida en número absoluto y ajustados por calidad) disminuyen de manera significativa cuando la TA baja a cifras normales.

Hay dos aspectos que empeoran la relación coste-efectividad: el mal control de la TA y el uso injustificado de fármacos de precio elevado. En estudios previos, analizados en la revisión citada (24), se ha calculado que el número de pacientes tratados con IECA y antagonistas del calcio que no tienen contraindicaciones para el uso de betabloqueantes o diuréticos se aproxima al 30%.

La eficiencia de un programa de tratamiento de hipertensión arterial precisa en primer lugar la identificación de toda la población hipertensa, y en segundo lugar la utilización de los fármacos más adecuados a cada paciente.

índice 

CONCLUSIONES

1.- Aunque los médicos de atención primaria de Navarra declaran en su mayoría estar atentos para tomar la TA a los mayores de 45 años, el consumo de antihipertensivos en 1998 fue de 134 DHD, lo que induce a pensar que un porcentaje de hipertensos próximo al 50% no ha sido aún detectado o, alternativamente, no reciben tratamiento.

2.- Más de la mitad de los médicos que contestaron la encuesta aceptan cifras de 160/90, de lo que se deducen dos conclusiones: a) no se identifican como hipertensos a pacientes que se encuentran en fase 1, y b) el grado de control de una parte de los hipertensos es insuficiente. Convendría mejorar las estrategias diagnósticas para conseguir captar mayor número de hipertensos, y considerar como cifras de hipertensión las iguales o superiores a 140/90.

3.- El insuficiente diagnóstico y control de la hipertensión es especialmente peor en los mayores de 65 años, según declara el 66,7% de los encuestados. Además el 21,6% de ellos no creen necesario tratar la hipertensión sistólica aislada.

4.- La evolución de los hábitos terapéuticos muestra menor crecimiento de IECA y mayor de betabloqueantes y asociaciones de IECA o betabloqueantes con diuréticos. Este hecho junto con un uso total de diuréticos en el 30% de los pacientes tratados, apoya la impresión de los médicos de estar mejorando en el tratamiento de la hipertensión (69,9%). A pesar de ello, la situación detectada en éste y otros estudios de diferente ámbito, de inmovilismo en las decisiones de tratamiento farmacológico ante enfermos no controlados, impide la evolución hacia una mejor prevención primaria.

5.- La medición objetiva del riesgo cardiovascular es una útil herramienta para apoyar el seguimiento de los pacientes hipertensos y para motivar un mejor control. El 73,2% de los médicos de atención primaria en Navarra declaran utilizarla.

[Subir](#)

[Búsquedas](#)

[Sumario](#)

[Inicio](#)

[e-mail](#)