

Terapia farmacológica en hipertensos tratados en consulta ambulatoria y emergencia de Salud Chacao entre octubre y diciembre del año 2022

Pharmacological therapy in hypertensive patients treated in outpatient and emergency consultations at Salud Chacao between October and December 2022

Berenice Del Nogal¹, Camilo Leonett², Surina Madriz³, María Roa⁴, Mary Rondón⁵, María Yáñez⁶

RESUMEN

La hipertensión como enfermedad y como principal factor de riesgo para sufrir una enfermedad cardiovascular, constituye un problema significativo de salud pública. Iniciar el tratamiento con un solo fármaco o con una combinación de dos son estrategias sugeridas en las guías clínicas como terapéutica inicial. Este estudio fue diseñado para determinar la prevalencia de monoterapia y de terapia combinada en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

que asisten a la consulta de medicina general de los Ambulatorios y a la emergencia de Salud Chacao.

Métodos: Trabajo descriptivo, de tipo no experimental, de corte transversal. De 300 pacientes atendidos, se tomó una muestra de 91 que cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados: Se presentaron un total de 54 pacientes (59 %) con terapia combinada y 37 pacientes (41 %) con monoterapia. Los fármacos más utilizados en monoterapia fueron los antagonistas de receptores de angiotensina II (ARA II), seguido de los inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA), los bloqueantes de canales de calcio (BCC) y los betabloqueantes (BB). En cuanto a la terapia combinada, 43 pacientes utilizaron terapia con dos fármacos y 11 pacientes utilizaron más de dos fármacos,

DOI <https://doi.org/10.47307/GMC.2024.132.s1.3>:

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1641-0989>¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0962-5856>²

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2555-221X>³

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-7248-6874>⁴

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0193-9020>⁵

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5170-5479>⁶

¹Tutora. Coordinadora de Internado de Escuela de Medicina “José María Vargas”, Universidad Central de Venezuela.
E-mail: beredelnogal@gmail.com

²Asesor. Cardiólogo del Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS), Chacao, Caracas.
E-mail: camiloleonett@gmail.com

Recibido: 25 de octubre 2023

Aceptado: 23 de diciembre 2023

³Internado de Escuela de Medicina “José María Vargas”, Universidad Central de Venezuela.

E-mail: surimadriz@gmail.com

⁴Internado de Escuela de Medicina “José María Vargas”, Universidad Central de Venezuela.

E-mail: maryroa0425@gmail.com

⁵Internado de Escuela de Medicina “José María Vargas”, Universidad Central de Venezuela.

E-mail: maryrondon22@gmail.com

⁶Internado de Escuela de Medicina “José María Vargas”, Universidad Central de Venezuela.

E-mail: vickyanezllamedo@gmail.com

siendo dichas combinaciones ARA II + diuréticos tiazídicos, ARA II + betabloqueantes y ARA II + BCC. **Conclusiones:** El esquema de tratamiento farmacológico más utilizado en la población estudiada fue la terapia combinada, y el más empleado fue ARA II + Diurético tiazídico como Losartán Potásico + Hidroclorotiazida. En cuanto a la monoterapia, el Losartán Potásico fue el medicamento más frecuentemente utilizado.

Palabras clave: Hipertensión arterial, monoterapia, terapia combinada, fármacos.

SUMMARY

Hypertension, as a disease and as the leading risk factor for suffering from cardiovascular disease, constitutes a significant public health problem. Starting treatment with a single drug or a combination of two are strategies suggested in clinical guidelines as initial therapy. This study was designed to determine the prevalence of monotherapy and combined therapy in patients diagnosed with arterial hypertension who attend the general medicine consultation at the Outpatient Clinics and the emergency room at Salud Chacao.

Methods: Descriptive, non-experimental, cross-sectional work. Of 300 patients treated, a sample of 91 who met the inclusion criteria was taken.

Results: 54 patients (59 %) presented with combined therapy and 37 patients (41 %) with monotherapy. The drugs most used in monotherapy were angiotensin II receptor antagonists (ARBs), followed by angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACE inhibitors), calcium channel blockers (CCBs), and beta-blockers (BB). Regarding combined therapy, 43 patients used two-drug treatment, and 11 patients used more than two drugs, these combinations being ARA II + thiazide diuretics, ARA II + beta-blockers, and ARA II + CCB.

Conclusions: The pharmacological treatment scheme most used in the studied population was combined therapy, and the most used was ARA II + thiazide diuretic such as Losartan Potassium + Hydrochlorothiazide. Regarding monotherapy, Losartan Potassium was the most frequently used medication.

Keywords: High blood pressure, monotherapy, combined therapy, drugs.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo para la muerte prematura en el mundo, es una enfermedad crónica compleja

que requiere atención médica continua, con estrategias multifactoriales para reducción de sus consecuencias, las cuales van más allá del control numérico en mmHg de la presión arterial (PA), y que han demostrado ser efectivas para reducir las complicaciones vasculares, cardíacas y renales de la enfermedad, así como su impacto en la mortalidad general (1).

El esquema terapéutico para el tratamiento de la HTA depende de varios factores: edad, sexo, comorbilidades preexistentes, disponibilidad, cultura; según las guías de la *American Heart Association* (AHA), se inicia con el control en el estilo de vida o tratamiento no farmacológico, si no es efectivo, se indica según sea el caso, tratamiento medicamentoso basado en monoterapia o terapia combinada de antihipertensivos. El tratamiento basado en monoterapia es mayormente indicado en pacientes de bajo riesgo, en los que están clasificados como de alto riesgo o con daño a órgano blanco (retinopatía, hipertrofia del ventrículo izquierdo, nefropatía, diabetes), el tratamiento adecuado sería la terapia combinada (1). El objetivo fundamental del tratamiento antihipertensivo es disminuir la morbimortalidad cardiovascular, cerebral y renal. Por lo tanto, se debe tratar el riesgo global individualizando al paciente, y no solo las cifras de PA (2).

En agosto de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporcionó una guía de salud pública mundial, basada en la evidencia más actualizada y relevante sobre el inicio del tratamiento con agentes farmacológicos para la hipertensión en adultos (excluyendo a embarazadas), que fueron diagnosticados, y asesorados debidamente sobre modificaciones en el estilo de vida. Dicha guía proporciona nuevas sugerencias sobre el umbral para el inicio del tratamiento medicamentoso para la hipertensión, los intervalos de seguimiento, la presión arterial objetivo que se debe alcanzar para el control, y el cuadro de trabajadores de la salud que pueden iniciar el tratamiento; proporcionando así la base para decidir si se debe iniciar el tratamiento con monoterapia, terapia dual o combinaciones de un solo comprimido, así como una guía para los países que seleccionan medicamentos y algoritmos para el control de la hipertensión en sus guías nacionales sobre manejo de la hipertensión (3).

Dada la enorme prevalencia de la hipertensión arterial, la mayor parte de los pacientes son estudiados y tratados por el médico general, es por lo que el sistema de salud debe poner esfuerzos y especial atención tanto en el diagnóstico y en el tratamiento, como a la actualización constante de los Médicos Generales que se encuentran ejerciendo y atendiendo a la población *per se*.

La evidencia indica que a pesar de la eficacia de los medicamentos disponibles para el tratamiento de la hipertensión arterial y del bajo costo para controlarla, existen bajas tasas de tratamiento y control de la enfermedad en pacientes diagnosticados. Los estudios muestran que 1 de cada tres personas hipertensas no logran mantener sus cifras por debajo de 140/90, por lo que se propone el desarrollo de campañas para prevenir y tratar adecuadamente a las personas con HTA diagnosticadas y no diagnosticadas (4).

Menéndez y col. (2016) en su estudio sobre "Prevalencia, diagnóstico, tratamiento control de la hipertensión arterial en España", incluyó una muestra de 5 048 adultos, con edad ≥ 18 años, en los que demuestra que el 88,3 % de los hipertensos conocidos, reciben tratamiento farmacológico, y solo el 30 % tiene la presión arterial controlada. Es decir, aunque el tratamiento farmacológico es cada vez más frecuente, no se logra mejorar el grado de control, que continúa siendo bajo (5).

Se ha sugerido que el tratamiento inicial con un comprimido que combina cuatro fármacos en dosis bajas podría lograr un mejor control de la hipertensión arterial que la monoterapia con irbesartán a dosis estándar. Al respecto, Salgado (6) realiza un comentario acerca del trabajo de Chow y col., (7), quienes evaluaron si el tratamiento inicial con un comprimido único que contiene un cuarto de la dosis estándar de cuatro fármacos antihipertensivos es más eficaz que la monoterapia a dosis estándar para el tratamiento de la hipertensión arterial. Para ello realizaron un ensayo clínico de fase 3, aleatorizado, doble ciego, multicéntrico, de grupos paralelos, realizado en diez centros de atención primaria y consultorios externos de hospitales de cuatro estados de Australia con una muestra de 591 participantes. El estudio mostró la eficacia de usar cuatro fármacos antihipertensivos a dosis baja en un único comprimido para el tratamiento inicial de la HTA, en comparación con la estrategia común de monoterapia con dosis estándar (6,7).

Aunque las guías de la *American College of Cardiology (ACC)*/ la *American Heart Association (AHA)* (8-10) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) (11), recomiendan tratamiento combinado desde el inicio, cuyo propósito es alcanzar antes los objetivos y mejorar el control, lo que es aplicable a la mayoría de los pacientes, salvo los ancianos hipertensos de grado 1 o jóvenes con HTA de grado 1, PAS < 150 mmHg y bajo riesgo cardiovascular (RCV), o en aquellos pacientes en alto riesgo de efectos adversos deletéreos (adultos mayores de 80 años), pacientes frágiles, o mujeres embarazadas), para quienes tal vez sea suficiente la monoterapia para alcanzar una PAS < 130 mmHg. En este mismo sentido, y con el propósito de mejorar la adherencia terapéutica, se recomienda el uso de combinaciones de los fármacos recomendados en un único comprimido, ya sean 2 o 3 antihipertensivos. Actualmente, las guías de HTA aconsejan el inicio de terapia combinada en la mayoría de los pacientes, pues no solo logra una reducción más rápida de la presión, sino que también disminuye la heterogeneidad de la respuesta entre los pacientes, y hace que la titulación sea más fácil, rápida y frecuentemente exitosa; adicionalmente, reduce las dos principales barreras en el control a largo plazo de la presión arterial: la baja adherencia al tratamiento y la inercia terapéutica (8).

La decisión de iniciar la terapia con medicamentos debe ser individualizada e involucrar una toma de decisiones compartida entre el paciente y el médico. Las guías ACC/AHA del 2018 (9), recomiendan que de inicio se elija entre las siguientes cuatro clases de medicamentos: IECAS, ARA II, Bloqueadores de Canales de Calcio y Diuréticos tiazídicos. Consideraciones adicionales en la elección de la terapia inicial: Se debe usar un inhibidor de la ECA o un ARA II para la monoterapia inicial en pacientes que tienen nefropatía diabética o enfermedad renal crónica no diabética, especialmente cuando se complica con proteinuria. Ya no se recomiendan los beta bloqueantes como monoterapia inicial en ausencia de una indicación específica (obligatoria) para su uso, como cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca con fracción de eyección disminuida (4). Al elegir entre los medicamentos para la monoterapia inicial, muchos consideran la raza del paciente

en la decisión, este tema es controvertido y se discute por separado (11).

Para la terapia antihipertensiva de combinación inicial, se sugiere iniciar con dos agentes de primera línea de diferentes clases en cualquier paciente cuya presión arterial sea más de 20 mmHg sistólica o 10 mmHg diastólica por encima de su presión arterial objetivo (12). Si la presión arterial sigue sin controlarse a pesar del uso de dos medicamentos antihipertensivos, se recomienda la terapia con inhibidores de la ECA o ARA II junto con un bloqueador de los canales de calcio, de dihidropiridina de acción prolongada, y un diurético tipo tiazida. (preferiblemente clortalidona). Siempre que sea factible, usar medicamentos combinados de una sola píldora en dosis fijas para reducir la carga de píldoras en los pacientes y mejorar la adherencia a la medicación. Si las clases de medicamentos anteriores no se pueden usar debido a intolerancia o contraindicación, hay como opcionales un betabloqueante, alfabloqueante o vasodilatadores arteriales. En general, debe evitarse el uso simultáneo de bloqueadores beta y bloqueadores de los canales de calcio no dihidropiridínicos.

Se considera que los pacientes no controlados con una combinación de tres antihipertensivos que se toman a dosis razonables y que incluye un diurético tienen hipertensión farmacorresistente (una vez descartadas como posibilidades la no adherencia y el temor de algunos, a la consulta médica).

Después de iniciar la terapia antihipertensiva y una vez que se determina el objetivo de presión arterial en un paciente individual: presión arterial objetivo <135 mmHg sistólica y <85 mmHg diastólica (usando mediciones fuera del consultorio) o <140 mmHg sistólica y <90 mmHg diastólica (usando un promedio de lecturas de consultorio medidas adecuadamente), los pacientes deben ser reevaluados y la terapia debe aumentarse mensualmente hasta que se logre un control adecuado de la presión arterial (4). Una vez que se logra el control de la presión arterial, los pacientes deben ser reevaluados cada tres a seis meses para asegurar el mantenimiento del control (13).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, este trabajo se enfocó directamente en determinar la prevalencia de monoterapia y

terapia combinada en pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial que asisten a la consulta de medicina general de los Ambulatorios y a la emergencia de Salud Chacao, Caracas, durante el Período de Octubre-Diciembre del año 2022. Para lo cual, se procedió a: 1) Establecer el período de tiempo que el paciente presenta diagnóstico de HTA; 2) Determinar la prevalencia de la monoterapia y de la terapia combinada en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial; 3) Recopilar información sobre las combinaciones farmacológicas en la terapia combinada en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial; 4) Destacar la incidencia de crisis hipertensivas según el manejo terapéutico, en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial; 5) Promover la información actualizada del manejo terapéutico según las últimas guías para el tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos. Se empleó un cuestionario, que permitió promover la divulgación de la información actualizada del manejo terapéutico, según las últimas guías para el tratamiento farmacológico antihipertensivo en adultos a Médicos Cirujanos que se encuentran ejerciendo el Artículo 8 (Ley de ejercicio de la Medicina en Venezuela, LEM) en la consulta de medicina general, y que constituye la primera línea de atención médica en dichos centros de salud, en el municipio Chacao. Igualmente, se procedió a monitorear la frecuencia con la cual los pacientes presentan una crisis hipertensiva en los últimos 12 meses; ya que las metas del tratamiento antihipertensivo ideal son evitar o disminuir el desarrollo del daño de órganos blanco, y así prevenir la ocurrencia de eventos mórbidos o mortales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Según su alcance, el presente trabajo es de tipo descriptivo, según su diseño, es de tipo no experimental, de corte transversal; se recolectaron datos en un tiempo determinado (desde el mes de Octubre a Diciembre, 2022), y se describió las variables tomadas, sin manipulación de las mismas.

La población de pacientes fue aquellos con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden a los ambulatorios de Salud Chacao (Pedregal, Bello Campo y sede de emergencia El Rosal),

Municipio Chacao, Caracas. Se atendieron 300 pacientes, y se tomó como muestra 91 pacientes (70 mujeres y 21 hombres) que cumplieron con los criterios de inclusión el ser diagnosticado con hipertensión arterial, estar bajo tratamiento médico, acudir a la consulta en los ambulatorios de Salud Chacao: sedes Bello Campo, Pedregal, o sede de emergencia, ser mayores de 18 años, hasta 90 años, y que aceptasen formar parte de este estudio. Y como criterios de exclusión: que no estén diagnosticados con Hipertensión Arterial, o sin tratamiento médico previo con antihipertensivos.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario, con una división de bloques, se evaluaron las variables personales como nombre, cédula de identidad, la edad, sexo y procedencia. Con ello se evitó datos repetidos, ya que la actividad se realizó en simultáneo en diferentes ambulatorios y en sedes de emergencia, y los mismos pacientes suelen frecuentar dichos centros.

Para medir los indicadores se realizaron las siguientes preguntas: ¿Padece de Hipertensión arterial? ya que es un criterio de inclusión en la investigación, ¿Desde cuándo fue diagnosticado de HTA? para determinar el período de tiempo que el paciente ha estado con el diagnóstico de HTA, ¿Usa monoterapia o terapia combinada? para determinar la prevalencia de la monoterapia y terapia combinada en pacientes con diagnóstico de HTA, ¿Cuáles medicamento/s usa para la HTA? para precisar los medicamentos utilizados, ¿Ha presentado episodios de crisis hipertensiva en los últimos 12 meses?, Si la respuesta a la pregunta anterior es si, ¿ha tenido que acudir a un ambulatorio o a un hospital, por dicha crisis?; estas dos últimas interrogantes permitió evaluar la incidencia de crisis hipertensivas según el manejo terapéutico en los pacientes encuestados.

ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio se tomaron en cuenta aspectos bioéticos al momento de la recolección de datos, aplicando los principios de beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia a través de la utilización del consentimiento informado, donde se le pide al paciente que de su autorización para utilizar la información suministrada en el mismo, luego de explicarle de qué se trata el estudio y

su contenido, preservando la confidencialidad de los datos al momento de realizar el análisis estadístico y descripción de los resultados. Se obtuvo el aval del Comité de Bioética de la Escuela de Medicina “José María Vargas”, Universidad Central de Venezuela.

RESULTADOS

La población estuvo constituida por 91 pacientes con diagnóstico previo de HTA a quienes se le realizó la encuesta, donde 21 eran hombres y 70 mujeres, con una relación entre ambos sexos 1:3,3, y con un rango de edad entre 30 y 89 años para una mediana de 66 años (DE =12,76).

En la variable de la edad, de los de 91 pacientes se obtuvo como resultado una moda de 65, un promedio de 65,78 y una mediana de 66 años. Respecto al género, el promedio de edad en los hombres fue de 59 años, la moda de 65 y la mediana es de 60; en las mujeres se obtuvo un promedio de 67 años, una moda 71 y la media de 67 años de edad. En distribución por sexo, hay una proporción de 3:1 en cuanto a mujeres vs. hombres, teniendo 70 mujeres y 21 hombres, siendo un 78 % y 22 %, respectivamente.

En cuanto al tratamiento, se obtuvo que un total de 54 pacientes (59 %) recibieron terapia combinada, mientras que 37 pacientes (41 %) recibieron monoterapia. En monoterapia, las mujeres fueron 25 casos (68 %) y los hombres 12 (30 %). Entre los fármacos más utilizados, se encontraron los ARA II como primera opción, seguido de los IECAS y como tercera opción, los bloqueantes de canales de calcio y los betabloqueantes. Los pacientes que recibieron monoterapia presentaron menos crisis hipertensivas durante los últimos 12 meses, que los pacientes que recibieron terapia combinada (Cuadro1).

En cuanto a los ARAII, el más utilizado con un total de 19 personas fue el Losartán (79 %), luego el Valsartán con 3 personas (12,5 %) y después el Telmisartán y Candesartán con un paciente cada uno abarcando 4 % cada uno, respectivamente; es decir, un total de 24 pacientes que utilizan ARAII. En cuanto a los IECA, fueron un total de 7 pacientes, todos tratados con

Cuadro 1. Incidencia de crisis hipertensivas según el manejo terapéutico en pacientes con diagnóstico de HTA

Pacientes	Monoterapia			Terapia Combinada		
	Total	Sin Crisis	Con Crisis	Total	Sin Crisis	Con Crisis
91	37	24	13	54	28	26

Fuente: Elaboración propia

Enalapril; con los bloqueantes de canales de calcio el medicamento empleado fue la Amlodipina, y con los betabloqueantes se emplearon el Atenolol y Bisoprolol.

La distribución de los ARAII en cuanto a sexo fue el Losartán fue 14 mujeres y 5 hombres, el Valsartán en 3 mujeres, el Telmisartán en hombres, y el Candesartán en mujeres. Con los IECAS, fue 4 en mujeres y 3 en hombres; con los bloqueantes de los canales de calcio, fueron utilizados por mujeres solamente; y los betabloqueantes, se utilizaron en 2 mujeres y en un hombre.

En terapia combinada, las mujeres abarcaban el 83 % con un total de 45 pacientes y los hombres 9 (17 %) para un total de 54 pacientes utilizando terapia combinada versus 37 pacientes utilizando monoterapia. Posteriormente se dividió la terapia combinada en pacientes que utilizan dos o más de dos fármacos. Así, los pacientes que usan solo dos fueron 43, y los pacientes que utilizan más de dos fármacos fueron de 11. Las combinaciones más utilizadas en esta terapia combinadas fueron ARA II + diuréticos tiazídicos, ARA II + betabloqueantes, y ARA II + bloqueantes de canales de calcio, constituyendo en sí el 90 % en esta categoría. En contraste, las combinaciones de más de 2 fármacos, las que más se utilizaron fue un ARA II + diurético tiazídico + bloqueantes de canales de calcio, y ARA II + diurético tiazídico y betabloqueantes, constituyendo el 63 % en su clase.

En cuanto a las combinaciones de dos fármacos, la más utilizada de ARAII + diuréticos Tiazida fueron: Losartan-Hidroclorotiazida y Valsartán-Hidroclorotiazida (82 %), en la combinación de ARA II + bloqueante de canales

de calcio, las más utilizadas fueron: Losartán-Amlodipina, Losartán-Nifedipina y Valsartán-Amlodipina, constituyendo el 83 % de su clase. La combinación de ARAII + betabloqueantes que más se utilizaron fueron: el Losartán-Carvedilol y el Losartán-Bisoprolol, constituyéndose el 83 % de esa categoría.

Al evaluar la frecuencia asociación mediante la prueba de Chi-Cuadrado, para establecer la posible asociación entre género, la otra variante, o entre terapia combinada y la monoterapia, se encontró un valor de p de 0.13, por lo que se concluyó que no había ningún tipo de asociación en cuanto a género y tipo de tratamiento.

DISCUSIÓN

Partiendo de la base de que son numerosos los fármacos con los que actualmente se cuenta para tratar la HTA, la postura tradicional se basaba en la monoterapia a dosis mínima eficaz, para así evitar los efectos secundarios y mejoría del cumplimiento por simplificación del esquema terapéutico, pero se estima que solo un 40 %-60 % de los pacientes alcanzarán el control de la PA con monoterapia, y que ello exigirá en un 60 % de ocasiones el empleo de dosis máximas (11). Actualmente existe la tendencia del empleo de la terapia combinada, tal y como lo demuestran nuestros hallazgos de una reducción de las crisis hipertensivas mediante la terapia combinada, y en línea con lo comentado por Salgado, que indica que hay mejor eficacia cuando se usan cuatro fármacos antihipertensivos a dosis baja en un único comprimido para el tratamiento inicial de la HTA, en comparación con la estrategia común

de monoterapia con dosis estándar para tratar la HTA, además que contribuye con la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes (6).

A pesar de estos resultados, aun con el uso de terapia farmacológica combinada, se observa que un 48 % de esos pacientes siguen presentando crisis hipertensivas. Al respecto, Menéndez y col. (5) indican que, aunque el tratamiento farmacológico es cada vez más frecuente, no se logra mejorar el grado de control de la HTA, que continúa siendo bajo. Esto explica por qué las guías como la ACC/AHA y la ESC/ESH, incluyen para el control de un paciente con cifras tensionales elevadas, el abordaje con terapia no farmacológica en cada visita al consultorio. Entre ellas se plantean el ejercicio aeróbico, de resistencia dinámica y de resistencia (13), la reducción moderada de sodio (14), en base al patrón dietético tenemos la dieta de enfoques alimentarios para detener la hipertensión DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) (15), disminución de ingesta de alcohol (16), la pérdida de peso en personas obesas (17); estas medidas como tratamiento no farmacológico conjuntamente con el farmacológico, ya sea monoterapia o terapia combinada para HTA, se tienen que manejar y enfatizar en la consulta de atención primaria para obtener resultados óptimos.

CONCLUSIONES

En nuestras condiciones experimentales, de los 91 pacientes evaluados, el período de tiempo en que el paciente ha estado diagnosticado con hipertensión arterial ha sido de 1 a 30 años, siendo entre 1 a 5 años el lapso de tiempo en que la muestra estudiada presentó mayor incidencia, con una recurrencia mayor en el sexo femenino. La prevalencia del uso de monoterapia para controlar la hipertensión arterial fue menor con respecto al de la terapia combinada.

Las combinaciones de fármacos antihipertensivos utilizados con mayor frecuencia en los pacientes de estudio fueron: en primer lugar, ARA II y diurético tiazídico como Losartán Potásico + Hidroclorotiazida; en segundo lugar, ARA II como el medicamento más frecuentemente utilizado como monoterapia, siendo el Losartán

Potásico el más prescrito en ambos sexos. No se encontró asociación significativa en la elección de un medicamento u otro para cada sexo. Al relacionar el uso de estos medicamentos con los eventos de crisis hipertensivas, se encontró que, en pacientes tratados con monoterapia, es menor la recurrencia de crisis hipertensiva con respecto a los que usan terapia combinada.

RECOMENDACIONES

Independientemente del esquema de tratamiento médico farmacológico que se seleccione, siempre se deben controlar los factores de riesgo, e incluir las medidas generales, dietéticas y de estilo de vida necesarias para el goce de buena salud. Se recomienda promover entre médicos generales, la capacitación sobre nuevas estrategias terapéuticas en el manejo integral de un paciente con hipertensión según los algoritmos actualizados basados en las guías de la ACC/AHA o de la ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Incorporar en las redes sociales, información sobre medidas preventivas, cuidados, y la importancia del uso adecuado del antihipertensivo correspondiente por parte del paciente, también realizar recordatorios sobre el control de tensión arterial ambulatorio periódico como rutina, y así poder valorar la eficacia del esquema aplicado.

REFERENCIAS

1. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Alcocer L, Durán-Arenas JLG, Borja-Aburto VH. Terapia dual o triple en hipertensión arterial sistémica, ¿a quiénes, ¿cuándo y con qué? *Gac Méd México*. 2020;156(3):225-228.
2. Ponte C. Hipertensión arterial. *Soc Venez Cardiol*. 2019. Disponible en: <https://svcardiologia.org/es/articulo/430-hipertension-arterial.html>
3. OMS. Guía para el tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos. (n.d.). Org.ar. Retrieved December 14, 2022; from <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/oms-guia-para-el-tratamiento-farmacologico-de-la-hipertension-en-adultos-49378>
4. Maicas C, Lázaro E, Alcalá J, Hernández P, Rodríguez L. Hipertensión Arterial I. Etiología y fisiopatología

- de la hipertensión arterial esencial. Servicio de Cardiología Hospital Virgen de la Salud. Toledo. Monocardio. 2003;V(3):141-160.
5. Menéndez M, Delagado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. Rev Esp Cardiol. 2016;69(6):572-578.
 6. Salgado MV. El tratamiento inicial con un comprimido que combina cuatro fármacos en dosis bajas podría lograr un mejor control de la hipertensión arterial que la monoterapia con Irbesartán a dosis estándar. Evidencia, Actualización en la Práctica Ambulatoria. 2022;25(2): e007009.
 7. Chow CK, Atkins E, Hillis G, Nelson MR, Reid C, Schlaich M, et al. Initial treatment with a single pill containing quadruple combination of quarter doses of blood pressure medicines versus standard dose monotherapy in patients with hypertension (QUARTET): A phase 3, randomised, double-blind, active-controlled trial. Lancet. 2021;398(10305):1043-1052.
 8. Muntner P, Shimbo D, Carey C. Measurement of Blood Pressure in Humans: A Scientific Statement from the American Heart Association. Hypertension 2019; 73:e35.
 9. Whelton C. 2018. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/ PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018; 71:e13.
 10. Williams B. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39:3021.
 11. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. Hypertension. 2020;75:1334-1357.
 12. Hypertension in adults: Diagnosis and management. NICE Guideline, No. 136. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022. ISBN-13: 978-1-4731-3503-1.
 13. Carnethon M, Evans NS, Church TS, Lewis CE, Schreiner PJ, Jacobs DR Jr, et al. Joint associations of physical activity and aerobic fitness on the development of incident hypertension: Coronary artery risk development in young adults. Hypertension. 2010;56:49-55.
 14. He F, Li J, Macgregor. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomized trials. BMJ. 2013;346:f1325.
 15. Appel L, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM; American Heart Association. Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. Hypertension. 2006;47(2):296-308.
 16. Whelton P, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger Jr WH, Kostis JB, et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: A randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. JAMA. 1998;279(11):839-846.
 17. Stevens V, Corrigan SA, Obarzanek E, Bernauer E, Cook NR, Hebert P, et al. Weight loss intervention in phase 1 of the Trials of Hypertension Prevention. The TOHP Collaborative Research Group. Arch Intern Med. 1993;153(7):849-858.