



NOMBRE DE ESTUDIANTE:
Adly Candy Vázquez Hernández

DOCENTE:
Dr. Samuel Esau Fonseca Fierro

MATERIA:
Metodología de la investigación

TEMA:
“HTA”

CARRERA:
Medicina Humana

SEMESTRE:
7°

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

07/01/2022

CONTROL Y TRATAMIENTO DE HIPERTENSION ARTERIAL

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte prematura en el mundo, entre las que se incluyen infarto agudo de miocardio (IAM), accidente cerebrovascular (ACV) isquémico o hemorrágico y enfermedad vascular periférica. Los factores comunes para infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular en ambos sexos con el mayor riesgo poblacional atribuible son la alteración del perfil lipídico evaluado por la relación ApoB/Apo A1 (incremento de LDL-colesterol, aumento de triglicéridos y baja de HDL-colesterol), la obesidad abdominal, la hipertensión arterial, el tabaquismo y la inactividad física.

De frente a este importante problema de salud pública, la Asamblea de la Organización de Naciones Unidas propuso como prioridad para sus estados miembros, implementar programas que permitan disminuir en 25% la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles hasta el año 2025, iniciativa conocida como 25X25, de cuya implementación se han encargado la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial del Corazón, a través de programas efectuados por los Ministerios de Salud de cada país miembro junto con la colaboración de Sociedades Científicas.

Prevención primaria con medicamentos

La hipertensión arterial y los niveles aumentados de LDL colesterol tienen gran asociación con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y juntos representan dos tercios del riesgo atribuible poblacional. El estudio HOPE - 3 (Heart Outcomes Prevention Evaluation), es un ensayo multicéntrico, doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo con diseño factorial 2 por 2 que evaluó el impacto de la disminución del colesterol LDL con rosuvastatina a mitad de la dosis máxima *versus* placebo, disminución de la presión arterial con una combinación de candesartán e hidroclorotiazida a mitad de las dosis máximas *versus* placebo y la combinación de rosuvastatina más candesartán e hidroclorotiazida a mitad de dosis máximas en la prevención de eventos cardiovasculares en personas sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares y que tenían riesgo cardiovascular intermedio. El ensayo

incluyó hombres de 55 años o más y mujeres de 65 años o más con al menos un factor de riesgo adicional y mujeres de 60-64 años con dos factores de riesgo adicional, además de la edad. En 87% de los pacientes el factor de riesgo adicional fue la obesidad abdominal. Las personas elegibles entraron en una fase de ingreso simple ciego, durante la cual recibieron ambos tratamientos activos durante cuatro semanas. Los participantes que se adhirieron al régimen y que no tenían un nivel inaceptable de eventos adversos fueron asignados aleatoriamente a una combinación fija de candesartán (16 mg por día) e hidroclorotiazida (12,5 mg por día) o placebo y a rosuvastatina (10 mg por día) o placebo o a ambos tratamientos activos *versus* dos placebos. Las visitas de seguimiento se produjeron a las 6 semanas y luego cada 6 meses después de la aleatorización. Se brindó asesoría individualizada sobre los estilos de vida, estructurada sobre la base de las necesidades identificadas y se registró la presión arterial en cada visita durante el primer año y luego anualmente. Los niveles de lípidos se midieron al inicio, al año, a los 3 años y al final del ensayo en 10 a 20% de los participantes. Un total de 12.705 participantes que se adhirieron al régimen y no presentaron un nivel inaceptable de eventos adversos durante el período inicial se sometieron a asignación al azar.

En conclusión, el tratamiento con rosuvastatina a una dosis de 10 mg/día conduce a una disminución significativa de eventos cardiovasculares que lo observado en el grupo placebo en pacientes sin enfermedades cardiovasculares y de riesgo cardiovascular intermedio de diferentes orígenes étnicos. En el brazo con candesartán/hidroclorotiazida la presión arterial (PA) media basal fue 138/81 mm Hg; la disminución de la PAS fue de 6,0 y en la PAD de 3,0 mm Hg mayor en el grupo con tratamiento activo que en el grupo placebo. No hubo diferencias significativas entre todos los participantes de ambos grupos; sin embargo, en el subgrupo del mayor tercil de presión sanguínea sistólica (PAS >143,5 mm Hg) de uno de los tres subgrupos pre-especificados, los participantes del grupo que recibían tratamiento activo tuvieron menores tasas significativas ($p < 0,001$) de los codeseñales primero y segundo que aquellos del grupo placebo.

Estrategias para mejorar la consciencia, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial

Las diferentes organizaciones referidas anteriormente han propuesto varias estrategias para alcanzar la meta 25X25 entre las que, a propósito de esta revisión, se destaca la de disminuir en 25% la prevalencia de hipertensión arterial. En perspectiva de coadyuvar al logro de este objetivo en nuestros países, en el año 2014 la LASH propuso y está implementando la denominada estrategia 20X20 cuyo objetivo es mejorar en 20% la consciencia, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial en los países latinoamericanos tomando como base los datos obtenidos por el estudio PURE. Los componentes de la estrategia están dirigidos específicamente a detectar pacientes con hipertensión arterial en los consultorios de los médicos asistenciales de atención primaria o de especialistas, tanto del sector público como privado, con una doble actividad de información y educación: en los pacientes hipertensos dirigida a mejorar su consciencia sobre la importancia del control adecuado de su enfermedad a través de la distribución de folletos cortos de fácil lenguaje, utilizando mensajes puntuales, y en el personal de salud la actualización de conocimientos sobre diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

Juan Felipe G., Paul C., José L. y Patricio L. (2019). *Control y Tratamiento de la Hipertensión Arterial*. Revista colombiana de Cardiología, 26(2), 99-106.