

Factores asociados al fracaso del tratamiento en pacientes hipertensos que requieren ingreso hospitalario

Dr. Gilberto Cairo Sáez¹✉, Dra. Daymara Cepero Hernández¹, Dr. Rene M. Pérez Rodríguez¹ y Dr. Dagmar González López²

¹ Policlínico Docente Marta Abreu. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

² Policlínico Docente Chiqui Gómez Lubián. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Full English text of this article is also available

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 9 de julio de 2018

Aceptado: 16 de agosto de 2018

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Abreviaturas

ERC: enfermedad renal crónica

FRC: factor de riesgo cardiovascular

HTA: hipertensión arterial

PA: presión arterial

RESUMEN

Introducción: La hipertensión es una enfermedad muy frecuente que, a pesar de los múltiples adelantos en la terapéutica, sigue siendo mal controlada y frecuentemente lleva a descompensaciones que requieren hospitalización o atención en los servicios de emergencia.

Objetivo: Identificar los factores relacionados con el fracaso terapéutico en los pacientes hipertensos que requirieron ingreso hospitalario a causa de afectaciones relacionadas con el control de la presión arterial.

Método: Se estudiaron los 40 pacientes hipertensos ingresados en el área de salud Marta Abreu durante el año 2016, se tomaron los datos de las historias clínicas y se entrevistaron los pacientes y familiares para identificar las causas que influyeron en el fracaso del tratamiento.

Resultados: Predominaron los pacientes del sexo masculino y mayores de 60 años, los factores de riesgo más frecuentes fueron: el hábito de fumar, la diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica, y se encontraron como principales causas del mal control de la presión arterial los tratamientos inadecuados (45%) y la no adherencia al tratamiento (30%). Las tres primeras causas de ingreso fueron: accidentes cerebrovasculares (40%), síndrome coronario agudo (27,5%) y crisis hipertensiva (7,5%). Después de corregir la estratificación de riesgo la coincidencia con la estratificación previa fue solo del 10%, y el 95% de los pacientes fueron de alto riesgo.

Conclusiones: Las causas de ingreso más frecuentes fueron de origen cardiovascular. Los tratamientos fracasaron por ser inadecuados o por la falta de adherencia de los pacientes. La mayoría de ellos tenían una estratificación incorrecta, por lo que los tratamientos fueron en su mayoría inadecuados y el control deficiente.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Cumplimiento y adherencia al tratamiento, Ingreso hospitalario, Causalidad

Factors associated to treatment failure in hypertensive patients requiring hospital admission

ABSTRACT

Introduction: High blood pressure is a very frequent disease that, in spite of multiple advances in therapy, continues to be poorly controlled and frequently leads to decompensation requiring hospitalization or emergency services.

Objectives: To identify the factors associated to treatment failure in hypertensive patients requiring hospital admission, due to disturbances related to blood pres-

✉ G Cairo Sáez

Carretera Central, Banda Esperanza
km 297, Reparto Riviera. Santa Clara,
Villa Clara, Cuba. Correo electrónico:
cairos@infomed.sld.cu

sure control.

Method: There were studied 40 hypertensive patients who were admitted in the Marta Abreu health area, during 2016; the data of clinical histories were taken into account and patients and relatives were interviewed in order to identify the causes that influenced the treatment failure.

Results: Admissions of males and patients over 60 years predominated. The most frequent risk factors were smoking, diabetes mellitus and ischemic heart disease, and the main causes of poor control of blood pressure were the inadequate treatments (45%) and non-adherence to treatment (30%). The first three causes of admission were stroke (40%), acute coronary syndrome (27.5%) and hypertensive crisis (7.5%). After correcting the risk stratification, the coincidence with the previous stratification was only 10% and 95% of the patients were at high risk.

Conclusions: The most frequent causes of admission were of cardiovascular origin. Treatments failed for being inadequate or the lack of patient adherence. Most of them had incorrect stratification, thus, treatments were mostly inadequate and the control was poor.

Keywords: High blood pressure, Treatment adherence and compliance, Hospital admission, Causality

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es la afección crónica más frecuente en la población adulta; se comporta como un factor que incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, entre las que se encuentran la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca¹.

Sólo 19,4% de los pacientes hipertensos con tratamiento se encuentra bajo control, cualesquiera que sean los recursos médicos y técnicos disponibles. El porcentaje de pacientes hipertensos controlados varía de 5,4% en Corea a 58% en Barbados; en EUA es de 36,8%, y en Egipto y China de 8%².

En Cuba, según el Anuario Estadístico de Salud de 2017 la prevalencia por dispensarización arrojó una tasa de 225,1 y 234,2 por mil para el país y Villa Clara, respectivamente. Dentro de las provincias más afectadas por fallecimientos debido enfermedades del corazón, Villa Clara quedó en cuarto lugar con un total de 1939 fallecidos para una tasa bruta de 247,6 por cada 100000 habitantes, superior en 25 puntos a la del año anterior³.

A pesar de realizar una mayor divulgación sobre la necesidad de controlar los factores de riesgo cardiovascular (FRC) y la necesidad de incorporar hábitos de vida saludables, no se advierte una mayor percepción del problema ni un cambio en las prácticas de la población.

En el área de salud del policlínico Marta Abreu de Santa Clara (Villa Clara, Cuba), hay una elevada prevalencia de hipertensos, en el año 2017 hubo un total de 8052 casos, con una mayor prevalencia en-

tre las mujeres y los pacientes mayores de 65 años. Un estudio realizado, en esa misma población, en el año 2015, encontró que la mortalidad por causas directas de origen cardiovascular fue superior al 75% en los pacientes hipertensos y la causa básica de muerte cardiovascular fue superior al 60%, mientras que en los no hipertensos las causas básicas de muerte de este origen fue solo del 6%^{4,5}.

Uno de los factores que favorecen la alta incidencia de complicaciones cardiovasculares es la baja efectividad del tratamiento en los pacientes conocidos, ya sea porque no tienen prescrito ninguno o porque el mismo no logra el control de las cifras de presión arterial (PA) a los niveles deseados, esto genera frecuentes descompensaciones, complicaciones e ingresos.

MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva y transversal, con el objetivo de identificar los factores relacionados con el fracaso terapéutico en los pacientes hipertensos que requirieron ingreso hospitalario a causa de afectaciones relacionadas con el control de la PA. Se incluyeron en el estudio 40 hipertensos mayores de 18 años, que constituyeron el total de pacientes ingresados del área de salud del Policlínico Marta Abreu en los hospitales del municipio Santa Clara, desde el 1º de enero hasta el 31 de diciembre de 2016.

Se revisaron los expedientes clínicos y se entrevistaron a los pacientes incluidos en el estudio y a

sus familiares para determinar el nivel de control de la PA previo al ingreso. Se definió la presencia de comorbilidad y la estratificación de riesgo de estos pacientes antes del ingreso, y fue corregida cuando esta no se correspondió con la información obtenida.

Las variables estudiadas fueron, edad, sexo, FRC, comorbilidad, tiempo de evolución a partir del diagnóstico de la enfermedad y causa del ingreso hospitalario.

Para realizar la estratificación de riesgo se consideraron como FRC: hábito de fumar, diabetes mellitus, dislipidemia, sobrepeso u obesidad, sedentarismo y dietas no saludables. Como lesión de órganos diana o enfermedad manifiesta: cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, enfermedad renal crónica (grado IIIa o superior según la fórmula de Cockcroft-Gault y de acuerdo a la clasificación de *Kidney Diseases Outcomes Quality Initiative*), y se utilizó la clasificación de la gravedad de la HTA, según la guía cubana de hipertensión de 2017⁶.

Los datos obtenidos fueron tabulados y expresados en frecuencias relativas y absolutas según resultó pertinente.

Se les solicitó consentimiento a todos los pacientes para incluirlos en la investigación y se garantizó la confidencialidad de la información y su uso con fines exclusivamente científicos.

RESULTADOS

La edad media de la muestra fue de $72,4 \pm 19,7$ años y el tiempo de evolución medio de la HTA fue de $23,4 \pm 9,2$ años. La distribución por edad y sexo de los pacientes hipertensos ingresados aparece en la **tabla 1**, el 95% de los pacientes son mayores de 60 años y predominó el sexo masculino (57,5%), las mujeres fueron todas mayores de 60 años.

La **tabla 2** muestra las principales causas de ingreso de los pacientes hipertensos; los accidentes cerebrovasculares ocuparon el primer lugar con un total de 16 pacientes (40%), seguidos por el síndrome coronario agudo con 11 (27,5%); mientras que entre las causas de ingreso por afecciones no cardiovasculares la más frecuente fue la enfermedad renal crónica (ERC), con 7,5%.

Tabla 1. Distribución por edad y sexo de los pacientes hipertensos ingresados.

Causa	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menores de 60 años	2	8,7	0	0,0	2	5,0
Mayores de 60 años	21	91,3	17	100,0	38	95,0
Total	23	57,5	17	42,5	40	100,0

Fuente: Encuesta e historia clínica de salud individual y familiar.

Tabla 2. Causas de ingreso de los pacientes hipertensos (n=40).

Causa	Nº	%
Accidente vascular encefálico	16	40,0
Síndrome coronario agudo	11	27,5
Crisis hipertensiva	3	7,5
Insuficiencia renal crónica	3	7,5
Insuficiencia cardíaca	3	7,5
Bloqueo aurículo-ventricular	2	5,0
Fibrilación auricular	1	2,5
Miocardopatía hipertensiva	1	2,5

Fuente: Encuesta e historia clínica de salud individual y familiar.

Tabla 3. Factores de riesgo y comorbilidad presentes en los pacientes hipertensos ingresados (n=40).

Factor de riesgo	Nº	%
Hábito de fumar	28	70,0
Diabetes mellitus	22	55,0
Cardiopatía isquémica	22	55,0
Hipercolesterolemia	22	55,0
Obesidad	16	40,0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6	15,0
Enfermedad renal crónica	2	5,0

Fuente: Encuesta e historia clínica de salud individual y familiar.

El hábito de fumar fue el FRC más frecuente (70%), como puede verse en la **tabla 3**, seguido de la diabetes mellitus y la hipercolesterolemia presentes, ambas, en el 55% de los pacientes.

La principal causa del fracaso terapéutico (**Tabla 4**) fue el tratamiento inadecuado (45%), seguida por la no adherencia al tratamiento (30%), en conjunto estas causas –ambas evitables–, representaron el 75% de las causas de fracaso del tratamiento.

En la **tabla 5** se muestra la estratificación de riesgo cardiovascular total previa al ingreso y después de corregida, donde se observa que el 45% de los pacientes ingresados no había sido estratificado previamente, y el 30% que había sido estratificado como de riesgo moderado, solo el 5% estaba correctamente clasificado. Después de corregir la estratificación, el 95% de los pacientes estudiados resultó ser de alto riesgo y el 5% restante de riesgo moderado.

Tabla 4. Causas del fracaso del tratamiento en los pacientes hipertensos ingresados (n=40).

Causa	Nº	%
Tratamiento inadecuado	18	45,0
No adherencia al tratamiento	12	30,0
Malos hábitos dietéticos	6	15,0
Mal seguimiento	4	10,0

Fuente: Encuesta e historia clínica de salud individual y familiar.

Tabla 5. Estratificación de riesgo cardiovascular previa y corregida en los pacientes hipertensos ingresados.

Estratificación	Previa	%	Corregida	%	Concordante	%
Riesgo alto	10	25,0	38	95,0	10	100,0
Moderado	12	30,0	2	5,0	2	16,7
No estratificado	18	45,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Encuesta e historia clínica de salud individual y familiar.

Nota: La concordancia total fue de 30%.

DISCUSIÓN

Aunque en sentido general la HTA tiene una frecuencia similar en hombres y mujeres, se plantea que después de los 60 años la prevalencia entre las mujeres aumenta, por lo que los resultados de este estudio, que encontraron un predominio del sexo masculino, pueden resultar contradictorios; pero

debido a que estuvo dirigido a pacientes ingresados, este hecho puede explicarse por la mayor gravedad de las afectaciones de órganos diana y la mayor incidencia de descompensaciones entre los hombres. Un estudio realizado en Santiago de Cuba en el año 2016, informó resultados similares en cuanto al predominio por sexo en los pacientes hospitalizados⁷.

Dado que los daños de órgano diana de la HTA son fundamentalmente de tipo vascular, resulta lógico que las causas fundamentales de ingreso hayan sido enfermedades cardiovasculares y la ERC, que también guarda una relación importante con la HTA, sobre todo en pacientes diabéticos. Un estudio previo realizado en la misma población ya había demostrado la alta mortalidad cardiovascular entre los pacientes hipertensos en comparación con los no hipertensos⁵, lo que concuerda con que las causas más frecuentes de ingreso también sean de origen cardiovascular.

Los factores de riesgo encontrados con más frecuencia fueron el hábito de fumar y la diabetes mellitus, ambos contribuyen al incremento de la aparición de complicaciones y descompensaciones, hay estudios que coinciden en la alta prevalencia del hábito de fumar entre los hipertensos. Aunque esto pudiera explicarse por la alta prevalencia del hábito de fumar en la población general, un estudio observacional realizado en Cárdenas para identificar los factores asociados al control de la HTA, que incluyó 330 pacientes dispensarizados en el estrato urbano de ese municipio en el año 2009, encontró que de las nueve variables que resultaron significativas en el análisis bivariado, cinco mostraron asociación significativa con la HTA no controlada, al ajustar un modelo de regresión logística; de ellas, la que más riesgo aportó para el descontrol de la HTA, de forma independiente, fue el hábito de fumar⁸.

El fracaso del tratamiento en pacientes hipertensos depende de múltiples factores, en este estudio se identificaron como principales causantes de la descompensación el inadecuado tratamiento y la no adherencia terapéutica, si se tiene en cuenta que el tratamiento farmacológico y las orientaciones sobre los estilos de vida son una responsabilidad del mé-

dico, y su cumplimiento, de forma consciente y activa, de los pacientes, se puede decir que el fracaso del tratamiento se debió a una selección deficiente del tratamiento farmacológico, a la necesidad de una mejor comunicación por parte del médico, y a una falta de percepción de riesgo por parte de los pacientes, por lo que las responsabilidades están compartidas casi por igual entre ambas partes.

El Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento en Argentina⁹, halló que el 52% de los pacientes abandonaban el tratamiento antes del año, lo cual elevaba de igual modo el inadecuado control de la HTA. Esos resultados coinciden con los obtenidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras de La Habana, que estudió los factores que influían en la falta de control de la HTA, divididos en dependientes del médico o del paciente, donde encontraron que la indicación de tratamientos inadecuados, en el primer caso, y la no adherencia terapéutica en el segundo, fueron los más frecuentes¹⁰. Los resultados encontrados en el presente estudio son muy similares y habría que diseñar otras investigaciones para identificar las causas que llevan a que el médico no optimice el tratamiento a pesar de la disponibilidad de información y recursos para hacerlo.

Un estudio realizado en 2014 en el Hospital Reina Sofía de Córdoba, en el que entrevistaron a pacientes hipertensos refractarios al control de la PA, provenientes de la atención primaria, encontró que una cuarta parte refería incumplimientos en el tratamiento, resultados que son muy similares a los encontrados en este estudio, y concluyen que la falta de adherencia al tratamiento se manifiesta por una falta de voluntad entre los pacientes hipertensos refractarios, más que por un problema de información¹¹.

Para muchos pacientes con HTA, la adhesión al tratamiento se hace difícil principalmente cuando necesitan varios medicamentos para su control y a ello se suma que muchos pacientes, por no presentar síntomas, no consideran necesario ser estrictos en el cumplimiento de las indicaciones médicas y fácilmente abandonan el tratamiento total o parcialmente.

El bajo nivel de control de la HTA también se relaciona con la inercia clínica, cuando el médico no realiza los cambios en el tratamiento de los hipertensos que no están controlados, pues no se prescriben dosis adecuadas o las combinaciones terapéuticas no son sinérgicas en pacientes de alto riesgo, por lo que el control falla; en el caso de los pacientes ancianos existe temor a reducciones drásti-

cas de la PA o existe el criterio, no siempre justificado, de aceptar cifras superiores por considerarlas normales en este grupo de edad, sin hacer un esfuerzo previo por lograr reducir las a las cifras establecidas.

Las dificultades en la estratificación tienen un carácter multifactorial, una investigación que consideró la estratificación de riesgo en pacientes hipertensos no complicados, realizado en la misma población en la que se realizó este estudio, también encontró una disparidad importante en la estratificación de riesgo, sobre todo porque no se consideró adecuadamente la lesión de órganos diana¹². Un estudio para detectar la prevalencia de ERC oculta en pacientes hipertensos, encontró que hasta un 37,2% tenían ERC grado II y III con creatinina normal y control adecuado de la PA¹³.

Si el paciente no está correctamente estratificado la selección terapéutica no puede ser óptima, y ésta puede ser una de las explicaciones a la alta frecuencia con que los tratamientos fueron inadecuados.

No se considera obligatorio estratificar los pacientes, sino dispensarizarlos de acuerdo a los grupos de riesgo establecidos por el programa de Medicina General Integral, por tanto este proceso no se controla sistemáticamente. El presente estudio no fue diseñado para establecer las causas de la falta de adherencia al tratamiento, pero la comunicación médico-paciente y la percepción de riesgo de este último pueden haber tenido un papel importante, si tomamos en cuenta otros estudios realizados en este sentido^{11,14}.

Los resultados de la presente investigación sugieren que para lograr un mejor control de la HTA se hace necesario mejorar el interés de los médicos en la estratificación de los pacientes y diseñar estudios que permitan encontrar y modificar las causas de la falta de adherencia al tratamiento. La solución de estos problemas podría reducir las descompensaciones y los ingresos hospitalarios de los pacientes hipertensos.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que las causas de ingreso más frecuentes fueron de origen cardiovascular y que en la mayoría de los pacientes la estratificación fue deficiente. Los tratamientos inadecuados y la no adherencia terapéutica provocaron el fracaso del tratamiento en la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Fernández Arias MA. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Rev Cuban Med* [Internet]. 2011 [citado 12 Jun 2018];50(3):311-23. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v50n3/med09311.pdf>
2. Mejía-Rodríguez O, Paniagua-Sierra R, Valencia-Ortiz MR, Ruiz-García J, Figueroa-Núñez B, Roa-Sánchez V. Factores relacionados con el descontrol de la presión arterial. *Salud Pública Méx.* 2009;51(4):291-7.
3. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2018.
4. Cairo Sáez G, Rodríguez Molina D, Batista Hernández NE, González Delgado Y, Mayea Moya Y, González Monzón MO. Estratificación de riesgo y complicaciones isquémicas en pacientes hipertensos. *Medicentro* [Internet]. 2016 [citado 15 Jun 2018];20(3):176-84. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2131/1699>
5. Cairo Sáez G, Batista Hernández NE, Pérez Guerra LE, Muñiz Casas I, Pino Mildestein T. Mortalidad por hipertensión arterial en el área de salud del Policlínico Universitario «Marta Abreu». *Medicentro* [Internet]. 2017 [citado 5 julio 2018];21(2):120-6. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2236/1946>
6. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonso Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Cuban Med* [Internet]. 2017 [citado 18 Jun 2018];56(4):242-321. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf>
7. García Céspedes ME, Prusakov Martínez A, Ales Martínez E, Carbonell García IC. Tendencias y pronósticos de la hipertensión arterial en la provincia de Santiago de Cuba (2001-2015). *MEDISAN* [Internet]. 2016 [citado 21 Jun 2018];20(4):433-43. Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/808/pdf>
8. Alfonso Godoy K, Achiong Estupiñan F, Achiong Alemañy M, Achiong Alemañy F, Fernández Alfonso J, Delgado Pérez L. Factores asociados al hipertenso no controlado. *Rev Med Electrón* [Internet]. 2011 [citado 25 Jun 2018];33(3):278-85. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/829/pdf>
9. Ingramo RA, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D, et al. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). *Rev Fed Arg Cardiol.* 2005;34(1):104-11.
10. León Álvarez JL, Pérez Caballero MD, Guerra Ibáñez G. Cinco años de experiencia en consulta especializada de hipertensión arterial complicada (2008-2012). *Rev Cuban Med* [Internet]. 2013 [citado 28 Jun 2018];52(4):254-64. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v52n4/med04413.pdf>
11. Zurera Delgado I, Caballero Villarraso MT, Ruíz García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol.* 2014;17(4):251-60.
12. Cairo Sáez G, Pérez Rodríguez RM, Ferrer Suarez V. Kidney affectation in non-complicated high blood pressure patients. *Curr Res Cardiol.* 2017; 4(4):65-8.
13. Pozuelos Estrada G, Molina Martínez L, Romero Perera JJ, Díaz Herrera N, Cañón Barroso L, Buitrago Ramírez F. Prevalencia de insuficiencia renal oculta estimada mediante fórmulas de cálculo del grado de función renal en hipertensos mayores de 60 años, remitidos para medición ambulatoria de la presión arterial. *Aten Primaria.* 2007; 39(5):247-53.
14. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cuba Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2015 [citado 8 Jul 2018];16(2): 175-89. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v16n2/ang06215.pdf>