

Prescripción de las medidas no farmacológicas en el tratamiento de la hipertensión arterial en Atención Primaria

M. de la Figuera von Wichmann*, A. de la Sierra Iserte**, L. M. Ruilope Urioste*** y A. Coca Payeras**
por los investigadores del GEDEC (Grupo Español de Enfermedades Cardiovasculares)

* Centro de Atención Primaria La Mina. San Adrián del Besós. ** Hospital Clínico. IDIBAPS. Universidad de Barcelona. *** Hospital 12 de Octubre. Universidad Complutense de Madrid

Objetivo. *Conocer el nivel de información de los médicos de Atención Primaria sobre el uso de medidas no farmacológicas en el tratamiento de la hipertensión.*

Diseño. *Encuesta de 29 preguntas remitida por correo a 400 médicos de Atención Primaria con ejercicio en áreas rurales y urbanas de la geografía española pertenecientes al Grupo Español de Enfermedades Cardiovasculares (GEDEC).*

Resultados. *La mayoría de los médicos (61 %) reconoce como positivo el efecto antihipertensivo de las medidas no farmacológicas y considera de utilidad la inversión de tiempo y recursos en su aplicación (97 %). Tales recomendaciones debieran ser aplicadas por el equipo de salud (95 %) con una dedicación estimada de alrededor de diez minutos por paciente. La restricción salina y la reducción del sobrepeso se consideran las medidas más importantes, seguidas del abandono del tabaco, si bien son de difícil cumplimiento. Un 30 % utiliza los diuréticos como fármacos de elección cuando el paciente consume una dieta rica en sal. Los médicos se consideran suficientemente informados respecto a este tema y se inclinan por los talleres de trabajo y las publicaciones como fuentes de información.*

Conclusión. *Entre los médicos de Atención Primaria existe concienciación y correcta información sobre la utilidad de las medidas no farmacológicas, así como de la dificultad de su aplicación. Es preciso enfatizar en las interacciones de los fármacos antihipertensivos con las medidas no farmacológicas, particularmente con el consumo de sal.*

Introducción

El tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) se fundamenta en la recomendación y cumplimiento de una serie de medidas no farmacológicas y, en un porcentaje muy elevado de casos, en la utilización de fármacos antihipertensivos con el objetivo de alcanzar el control y normalización de las cifras de presión arterial, al tiempo que minimizar el impacto de otros factores de riesgo. Las medidas no farmacológicas han recibido otras denominaciones, siendo la de *modificaciones del estilo de vida* (MEV) la más aceptada desde que los miembros del *National Committee* (JNC) la propusieron en el V Informe de 1993¹. Este cambio de denominación obedece, entre otras razones, a que una de las recomendaciones más importantes en el contexto de la reducción del riesgo cardiovascular, como es el abandono del hábito de fumar, tiene una escasa incidencia en la presión arterial. Además se ha llegado a proponer que determinados estilos de vida o hábitos son fuertemente aterogénicos y pueden considerarse factores de riesgo cardiovascular, entre los que

cabe incluir el ya mencionado tabaquismo y la vida sedentaria². Por tanto, las MEV siguen siendo relevantes en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares (CV), incluso de la propia HTA, tal como han demostrado varios estudios de intervención^{3,4}.

Uno de los objetivos de la investigación clínica en HTA, desde que ésta se reconoció como uno de los factores de riesgo CV más importantes, ha sido, y sigue siendo, el análisis de la eficacia antihipertensiva de las medidas no farmacológicas. Las evidencias epidemiológicas sobre la relación entre la ingesta de sal, el peso corporal o el consumo de alcohol con las cifras de presión arterial han estimulado la realización de estudios de intervención dirigidos a analizar el impacto de estas medidas en el tratamiento de la HTA. Esto ha permitido considerar que, efectivamente, algunas de las medidas son realmente eficaces, mientras que otras tienen un efecto discreto e incluso nulo⁵.

La repercusión práctica de estas evidencias es indudable. Así, todas las directrices clínicas sobre HTA consideran que en la mayoría de los pacientes hipertensos con HTA ligera-moderada

TABLA 1
Contenido del primer bloque de preguntas de la encuesta que hace referencia a los aspectos más generales

1. ¿Cree usted que la correcta aplicación de medidas no farmacológicas es capaz de reducir las cifras de presión arterial?
2. ¿Cuánto tiempo necesitaría invertir en cada paciente para informarle y recomendarle correctamente las medidas no farmacológicas?
3. ¿Qué profesionales deben invertir tiempo en convencer a los pacientes de la bondad de las medidas no farmacológicas?
4. ¿Cree usted que vale la pena invertir tiempo y dinero en conseguir que los hipertensos cumplan correctamente las medidas no farmacológicas?
5. ¿La educación sanitaria sobre medidas no farmacológicas debe plantearse como una estrategia individual o de grupo?

da (estadios 1 y 2 del JNC-VI; grupos 1 y 2 de la OMS/SIH) si no existe una indicación incuestionable de tratamiento farmacológico, las MEV constituyen el primer paso en el tratamiento de la HTA^{6, 7}. Además, la mayoría de los fármacos antihipertensivos, a excepción de los bloqueadores de los canales de calcio (BCC), son más

eficaces si el paciente realiza, por ejemplo, una ingesta baja en sal. Finalmente debe insistirse en el mantenimiento de estas MEV incluso cuando ya se han alcanzado los objetivos de control^{8, 9}.

Sin embargo, el grado de incumplimiento de las MEV es muy elevado y probablemente peor que el observado con el tratamiento farmacológico, especialmente con aquellas MEV que suponen un cambio radical de determinados hábitos^{10, 11}. En la práctica clínica las dificultades en el cumplimiento de las MEV son percibidas y asumidas con cierta pasividad por muchos profesionales, médicos o enfermeras.

Los objetivos del presente estudio han sido analizar el nivel de información que un grupo seleccionado de médicos de Atención Primaria tiene sobre la eficacia de las medidas no farmacológicas de la HTA, su utilidad como coadyuvantes del tratamiento farmacológico y, finalmente, de las dificultades de su cumplimiento en las condiciones habituales de la práctica clínica.

Diseño y métodos

Se diseñó una encuesta consistente en 29 preguntas de respuesta múltiple (**tablas 1, 2 y 3**) remitida por correo a 400 médicos de Atención Primaria pertenecientes al Grupo Español de

TABLA 2
Contenido del segundo grupo de preguntas que hace referencia a aspectos específicos de las medidas no farmacológicas

6. En su opinión, ¿cuáles son las medidas no farmacológicas más importantes para la población hipertensa en general?
7. En su experiencia, ¿cuál es la medida más efectiva en un hipertenso obeso?
8. En su experiencia, ¿cuál es la medida más efectiva en un hipertenso fumador?
9. En su experiencia, ¿cuál es la medida más efectiva en un hipertenso bebedor?
10. En su experiencia, ¿cuál es la medida más efectiva en un hipertenso hipercolesterolemico?
11. En su experiencia, ¿cuál es la medida más efectiva en un hipertenso con diabetes tipo 2?
12. ¿Qué cree más correcto: individualizar la prioridad en la aplicación de tales medidas o aplicarlas todas por igual?
13. ¿Cree usted tener la suficiente formación e información respecto a la aplicación de medidas no farmacológicas?
14. ¿En cuál de ellas se considera usted menos formado e informado?
15. ¿Cómo preferiría que le llegue dicha información: seminarios, talleres, publicaciones, simposios?
16. De todas las medidas no farmacológicas, ¿cuál es, en su opinión, la más difícil de cumplir por los pacientes?
17. Respecto al control del cumplimiento de las medidas, ¿cómo controla usted que su paciente está esforzándose en cumplir la reducción de sobrepeso: interrogatorio, control del peso, control de la presión arterial?
18. Respecto al control del cumplimiento de las medidas, ¿cómo controla usted que su paciente está esforzándose en cumplir la restricción salina: interrogatorio, natriuresis, control de la presión arterial?
19. Respecto al control del cumplimiento de las medidas, ¿cómo controla usted que su paciente está esforzándose en reducir el consumo de alcohol: interrogatorio, control de la presión arterial, hemograma, gamm-GT?
20. Respecto al control del cumplimiento de las medidas, ¿cómo controla usted que su paciente está esforzándose en cumplir la restricción del consumo de tabaco: interrogatorio, control de la presión arterial, estudios hemorreológicos?
21. Respecto al control del cumplimiento de las medidas, ¿cómo controla usted que su paciente está esforzándose en realizar el ejercicio físico: interrogatorio, control de la presión arterial, control del peso?
22. Respecto a la restricción salina, ¿con qué frecuencia controla el cumplimiento de esta medida?

TABLA 3

Contenido del tercer grupo de preguntas que hace referencia a la relación entre cambios del estilo de vida y tratamiento con fármacos antihipertensivos

23. Al iniciar el tratamiento con fármacos antihipertensivos, ¿continúa recomendando las medidas no farmacológicas?
24. Cuando un paciente controla su presión arterial ($PA < 140/90$ mmHg) con cualquier medicamento antihipertensivo, ¿cree usted que vale la pena seguir con la restricción salina?
25. Si no se logra el control del paciente ($PA > 140/90$ mmHg) con el tratamiento farmacológico, ¿cree usted que vale la pena insistir en la restricción salina?
26. ¿Existe algún grupo de antihipertensivos que no pierda su eficacia ante una dieta rica en sal?
27. En un paciente no controlado ($PA > 140/90$ mmHg) que no cumple la restricción salina, ¿utiliza algún antihipertensivo específico con prioridad sobre otros?
28. ¿Qué piensa usted de las sales de régimen no sódicas?
29. Caso de que usted recomiende sales potásicas, ¿cree que están contraindicadas si el paciente toma algún tipo específico de fármacos?

Enfermedades Cardiovasculares (GED EC) distribuidos por toda la geografía española. Los datos de las 300 encuestas que fueron cumplimentadas correctamente se analizaron mediante el paquete estadístico BMDP. Los resultados se presentan en forma de frecuencias absolutas y porcentaje de respuesta.

Resultados

La media de edad de los encuestados era de 41 ± 6 años. Un 76,8 % eran varones y un 23,2 % mujeres. El 38 % ejercía en el medio rural y el 62 % en el medio urbano. Un 65 % llevaba entre 11 y 20 años de ejercicio profesional, el 18 % menos de 10 años y el 17 % más de 20 años.

En relación al contenido de las cinco primeras preguntas, un 91,2 % de los médicos confía, en general, en el efecto antihipertensivo de las medidas no farmacológicas, si bien un 61 % cree que solamente son efectivas en algunos subgrupos de pacientes hipertensos. Asimismo, un 97 % considera justificado invertir tiempo y recursos en su aplicación. Las recomendaciones deben ser impartidas de forma compartida por el equipo de Atención Primaria. El tiempo mínimo que requiere un paciente para ser correctamente informado sobre las medidas no farmacológicas se estima en diez minutos.

Las preguntas 6-22 hacían referencia a la eficacia de cada una de las medidas. Tanto la restricción en el consumo de sal como la reducción del peso corporal son las medidas juzgadas como más importantes, seguida del abandono del hábito de fumar. La reducción en el consumo de alcohol es una medida prioritaria en los hipertensos que consumen cantidades excesivas de este producto en opinión del 56 % de los médicos. Sin embargo, solamente un 1 % considera que como medida ésta es relevante. La mayoría de los encuestados no utiliza las sales potásicas como sustituto de la sal común.

En relación con la aplicabilidad y efectividad de las medidas, el 95 % de los encuestados opina que las MEV deben individualizarse en cada paciente en función de sus hábitos. Existe coincidencia en que las medidas más difíciles de aplicar son el abandono del consumo de tabaco y la reducción de peso. El control del cumplimiento de las MEV se basa en el interrogatorio sobre las mismas en el 61 % de los médicos; solamente un 18 % solicita natriuresis de 24 horas para valorar el cumplimiento de la restricción salina.

Un 61,5 % de los médicos encuestados se considera suficientemente formado respecto al tema de las MEV; los talleres de trabajo y las publicaciones científicas son las fuentes de información más aceptadas.

El tercer y último grupo de preguntas hacía referencia a la interacción entre las MEV y el tratamiento farmacológico. Un 69 % de los encuestados mantiene las recomendaciones sobre estilos de vida una vez iniciado el tratamiento farmacológico; el 83 % opina que se debe insistir en su cumplimiento una vez alcanzado el objetivo de control y el 90 % de los médicos reforza las MEV cuando el control no se alcanza. Solamente el 37 % de los médicos encuestados conoce el hecho de que los BCC no pierden eficacia antihipertensiva con una dieta rica en sal. Un 36 % se inclina por un BCC en pacientes que no cumplen correctamente la restricción salina, mientras que el 30 % de los médicos piensa que los diuréticos son los fármacos de elección.

Discusión

En primer lugar es preciso comentar, como una de las limitaciones del presente estudio, que el colectivo de médicos que respondieron a la encuesta no representa, probablemente, a todo el colectivo médico español de Atención Primaria. El GEDEC está constituido por médicos con un particular interés y motivación por estas enfermedades y, especialmente, por la HTA, por lo que su grado de información y experiencia

en este campo puede ser diferente. Además desconocemos las opiniones de los médicos que no respondieron a la encuesta.

Si bien la mayoría de los encuestados confía en el efecto antihipertensivo de las MEV, hay que destacar que un 8,5 % es de la opinión de que o bien son totalmente ineficaces o solamente son eficaces como coadyuvantes del tratamiento farmacológico. Probablemente, la dificultad en comprobar en la práctica clínica habitual de la efectividad antihipertensiva de las MEV, la sobrecarga asistencial y consecuente escasez de tiempo (males endémicos de la Atención Primaria), así como la percepción sobre su mal cumplimiento son algunas de las causas de esta opinión negativa. Sin embargo, la gran mayoría de los médicos coinciden al afirmar que debería prestarse más atención a las MEV, tanto en su implementación como en la formación necesaria para ello, lo cual descarta una posición *nihilista* sobre este tema.

De las MEV más aceptadas destacan la disminución de la ingesta de sal y la disminución del peso corporal en pacientes con sobrepeso u obesidad. En relación con la primera medida, persiste entre los médicos encuestados la idea de la importancia del binomio sal-HTA. Sin embargo, en la práctica clínica es muy complejo diferenciar los pacientes sensibles o resistentes a la sal. Ahora bien, el hecho de que solamente un 18 % de los médicos utilice de forma rutinaria determinaciones de natriuresis en 24 horas para el control de la cumplimentación de esta medida puede tener varias explicaciones: a) desconocimiento de la utilidad y eficacia diagnóstica de esta prueba; b) dificultad para realizar dicha prueba en Atención Primaria, especialmente en el ámbito rural, y c) desconfianza del médico sobre la recogida correcta y precisa de la orina por parte de los pacientes. El presente estudio no permite evaluar dichas hipótesis. En relación con el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, son numerosos los estudios que han demostrado la eficacia de la pérdida de peso basada en un programa dietético y de ejercicio físico, no solamente sobre la variable presión arterial, sino también sobre el metabolismo hidrocarbonado y lipídico, e incluso sobre la hipertrofia del ventrículo izquierdo^{12, 13}. Además, los hipertensos ancianos, un grupo muy prevalente en Atención Primaria, también se benefician de la reducción del peso y de la disminución del consumo de sal¹⁴.

Si embargo, de los datos de la encuesta se desprende una elevada percepción sobre la dificultad en alcanzar un cierto éxito sobre esta medida. La colaboración del personal de enfermería en la implementación de esta medida es, con toda seguridad, fundamental, y así lo expresan los encuestados^{15, 16}.

Las interacciones de las MEV con el tratamiento farmacológico de la HTA es un tema de gran interés y que ha sido objeto de interesantes publicaciones. Así, es conocido el efecto especialmente negativo sobre la morbimortalidad cardiovascular que tiene el hábito de fumar cuando el paciente está siendo tratado con betabloqueantes¹⁷. También el mantenimiento de una ingesta elevada de sodio interacciona negativamente sobre la reducción de la presión arterial obtenida por la mayoría de los fármacos antihipertensivos, pero especialmente los diuréticos y los fármacos que actúan sobre el sistema renina angiotensina^{8, 9}. El efecto natriurético de los diuréticos es, posiblemente, el argumento esgrimido por el 30 % de los médicos de la encuesta que consideran que estos fármacos son de elección en los pacientes que no restringen el consumo de sal. La realidad es la contraria, pues a mayor consumo de sal menor potencia antihipertensiva de los diuréticos y mayor pérdida de potasio, con las consiguientes consecuencias negativas. Hasta la actualidad los únicos fármacos que no merman sus propiedades antihipertensivas en condiciones de elevada ingesta de sal son los BCC, tanto los pertenecientes al grupo de las dihidropiridinas como el verapamilo o diltiazem. Finalmente, en los hipertensos físicamente activos y que practican algún deporte, algunos antihipertensivos pueden disminuir la tolerancia al ejercicio, incluso el rendimiento físico¹⁸.

En conclusión, de los datos de la presente encuesta se desprende que los médicos de Atención Primaria tienen un elevado grado de información y motivación hacia el tratamiento no farmacológico de la HTA, si bien es cierto que casi un 40 % opina que su nivel de formación sobre la forma de aplicar las MEV en la práctica clínica es insuficiente. Además, casi una tercera parte de los médicos tiene la idea errónea de que los diuréticos son los fármacos antihipertensivos de elección cuando se consume una dieta rica en sal. Existe también unanimidad en valorar las dificultades que tienen los pacientes para cumplir correctamente con las MEV. Todo ello permite entrever la importancia y necesidad de implementar actividades específicas de formación continuada sobre el tratamiento no farmacológico de la HTA.

Bibliografía

1. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). Arch Intern Med 1993; 153:154-183.
2. Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, Smith S, Fuster V. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. J Am Coll Cardiol 1999; 34:1.348-1.359.

3. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure. *The Trials of Hypertension Prevention, phase II*. *Arch Intern Med* 1997; 157:657-667.
4. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sachs FM, et al. A clinical trial of the effect of dietary patterns on blood pressure. *DASH Collaborative Research Group*. *N Engl J Med* 1997; 336:1.117-1.124.
5. Coll G, Salleras N. Modificaciones del estilo de vida en pacientes hipertensos. *Aten Primaria* 1998; 22:596-606.
6. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157:2.413-2.446.
7. Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17:151-183.
8. Coca A, De la Sierra A. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso (2.ª ed). Barcelona: JMS Médica, 1998.
9. Kaplan NM. Clinical hypertension (7.ª ed). Baltimore: Williams and Wilkins, 1998.
10. Gil VF, Merino J. Cumplimiento terapéutico. En: Tratado de epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma, Universidad de Alicante, 1995; 299-313.
11. Grupo de Trabajo en Hipertensión. Observancia terapéutica en el paciente hipertenso. Sociedad Española de HTA. Liga Española para la lucha contra la HTA. Madrid: Eurocolor, 1996.
12. Reid CM, Dart AM, Dwar EM, Jennings GL. Interactions between the effects of exercise and weight loss on risk factors, cardiovascular haemodynamics and left ventricular structure in overweight subjects. *J Hypertens* 1994; 12:291-301.
13. Halbert JA, Slagay CA, Finucane P, Withers RT, Hamdorf PA, Andrews GR. The effectiveness of exercise training in lowering blood pressure: a meta-analysis of randomised controlled trials of 4 weeks or longer. *J Hum Hypertens* 1997; 11:641-649.
14. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger 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; 279:839-846.
15. Fuchs Z, Viskoper JR, Drexler I. Comprehensive individualized nonpharmacological treatment programme for hypertension in physician-nurse clinics: two year follow-up. *J Hum Hypertens* 1993; 7:585-591.
16. De la Figuera M, Dalfó A. Hipertensión arterial. En: Martín Zurro A, Cano Pérez FJ, eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed). Madrid: Harcourt Brace, 1999; 658-689.
17. Medical Research Council Working Party. MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results. *Br Med J* 1985; 291:97-104.
18. Grupos de trabajo en hipertensión. Hipertensión y reactividad cardiovascular (estrés y ejercicio). Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Madrid: Eurocolor, 1996.