

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS  
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### DROGAS VIEJAS VS DROGAS NUEVAS. ¿CONTROVERSIA EN EL TRATAMIENTO INICIAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

Por:

Dr Carlos Jorge Hidalgo Mesa<sup>1</sup>, Dra. Ivonne Cepero Rodríguez<sup>2</sup> y Dr. Wilfredo Gabriel Sanabria Calderón<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital “Comandante Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital “Comandante Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.

**Descriptor DeCS:**

HIPERTENSION/quimioterapia  
AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS/uso  
terapéutico

**Subject headings:**

HYPERTENSION/chemotherapy  
ANTIHYPERTENSIVE AGENTS/therapeutic  
use

La historia del conocimiento, al igual que la de la humanidad, está jalonada por una serie ininterrumpida de descubrimientos que comienzan con el origen mismo del hombre y llega hasta nuestros días.

La historia de la hipertensión arterial (HTA) no escapa a este comportamiento; el conocimiento actual es la sumatoria del trabajo de una pléyade de investigadores que a través del tiempo han ido construyendo los fundamentos científicos de la medicina basada en la evidencia.

Para comprender por qué es una enfermedad a cuyo estudio se destina una gran cantidad de recursos, tanto humanos como económicos, es necesario destacar algunos aspectos: su alta prevalencia, que en los países occidentales alcanza el 30 % de la población general y supera el 60 % en los mayores de 65 años; es un factor de riesgo mayor: se encuentra casi siempre como antecedente en todo el espectro de afecciones cardiovasculares que comprometen órganos vitales (cerebro, corazón, riñón); plantea un duro desafío terapéutico, ya que en los países con los mayores estándares de salud, el porcentaje de pacientes tratados y controlados es muy bajo. En los EE.UU. –quizás el país con mayor porcentaje de hipertensos controlados–, el NHANES III<sup>1</sup>, entre 1991 y 1994, mostró que solo el 27,4 % tiene valores inferiores a 140/90 mmHg.

Durante el siglo XIX, los trabajos pioneros en el campo de la HTA se orientaron especialmente al reconocimiento y descripción de las lesiones anatomopatológicas en distintos órganos y, en forma paralela, los intentos para medir la presión arterial.

Quizás el paradigma de los primeros sean los célebres trabajos de Bright, quien en el año 1827 describió las lesiones renales y las relacionó con anomalías cardiovasculares.

Entre aquellos que tuvieron como objetivo medir la presión arterial, podemos señalar a Potain (1875), quien con un instrumento estimaba la presión sistólica a través de la compresión del pulso. Estos esfuerzos fueron coronados hacia finales del siglo, en 1896, cuando Riva Rucci describió por primera vez el manguito inflable, con el cual podía medir la presión sistólica en el brazo, y

luego Korotkoff (1904) informó el método auscultatorio, que permitió medir la presión arterial diastólica.

La posibilidad de medir en forma reiterada la presión arterial abrió paso rápidamente a la comprobación de que la presión elevada tenía consecuencias fatales; en 1913, Janeway comunicó la causa de muerte de 212 individuos hipertensos: 33 % por cardiopatía, 24 % por accidentes cerebrovasculares y 23 % por insuficiencia renal<sup>2</sup>.

A pesar de estas y otras observaciones coincidentes, no se generó en la comunidad médica una real preocupación por el aumento de la presión arterial hasta 1925, cuando las compañías de seguros en los EE.UU. publicaron una experiencia con 560 000 hombres asegurados, y señalaron por primera vez en forma significativa que la HTA disminuía la expectativa de vida<sup>3</sup>.

Las recomendaciones terapéuticas que datan desde esa fecha, e incluso las que se recomendaban en la década del 60 del pasado siglo, difieren de los descubrimientos que fueron aportando nuevas formulaciones que han llegado hasta nuestros días, y a medida que los años pasaron fueron quedando en desuso los medicamentos que iniciaron la terapia antihipertensiva.

De aquellos períodos, lo más relevante resultó el tratamiento no farmacológico recomendado en textos publicados entre los años 1950 y 1965, en los que se expresaba la necesidad de restringir el sodio y las grasas de la dieta, y se aconsejaba comer y beber de forma moderada e ingerir frutas y verduras, además de señalar al tabaco como "un veneno vascular" y catalogarlo, incluso, más perjudicial que el alcohol.

Desde esta fecha, se reconoce la HTA como una enfermedad cuya prevalencia aumenta con la edad; se describe, como citamos anteriormente, un mayor por ciento en los mayores de 65 años, con un grupo de factores relacionados, y se promueve la trascendencia del tratamiento lo más precoz posible para prevenir enfermedades, como la insuficiencia cardíaca.

Constituyó, sin embargo, un acontecimiento de indudable importancia, la posibilidad de disponer de terapéutica antihipertensiva oral: hidralazina y hexameterio; poco tiempo después, se agregó la reserpina y diuréticos tiazídicos y, a partir de la década del 70 y 80, comenzaron a realizarse un grupo de estudios, como el SHET, el SIST.-EUR y el SIST.-China, cuyos resultados servirán de base a los que hay que realizar.

Unido a los avances mostrados en los niveles de salud en Cuba en la segunda mitad del último siglo, el panorama mundial de esta enfermedad estuvo matizado por la aparición de nuevas formulaciones y grupos de medicamentos cada vez más caros, los cuales han sido introducidos en nuestro medio de forma progresiva, y han traído aparejada la tendencia creciente entre nuestros médicos a prescribirlos en pacientes recién diagnosticados e, incluso, a sustituir otras drogas por estos medicamentos en detrimento de pacientes habitualmente controlados, a los cuales se les crea estrés al no tenerlos a la disposición por dificultades de abastecimiento, que con frecuencia no satisfacen las demandas de los nuevos clientes.

Al momento de elegir la droga, se plantea para el médico la controversia entre drogas viejas vs drogas nuevas, es decir, diuréticos y betabloqueadores (drogas viejas) en contraposición con calcio antagonista, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y antagonistas de los receptores de angiotensina (drogas nuevas).

Como todas ellas han demostrado ser eficaces para hacer descender la presión arterial, hay actualmente un gran interés por conocer qué drogas o grupo de ellas deben ser preferidas como primera elección.

En aras de resolver esta controversia, se han realizado numerosos estudios y varios ensayos clínicos, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Entre los años 1998 y 2002 se han publicado toda una serie de trabajos:

Los estudios de UPKDS 38 y 39<sup>4</sup> analizaron el control de la TA en pacientes diabéticos tipo 2 tratados con atenolol y captopril, y sus resultados indican que lo que beneficia al enfermo y reduce el riesgo cardiovascular es el propio control de la presión arterial y no el tipo de fármaco empleado, pues se ha observado que tanto el atenolol como el captopril son eficientes para disminuir el riesgo de complicaciones fatales y no fatales.

El estudio CAPPP<sup>5</sup> comparó los efectos del captopril con los diuréticos y betabloqueadores cuyos resultados avalan el uso de los IECA para reducir la morbilidad y mortalidad en enfermedades concretas: insuficiencia cardíaca, coronariopatía y diabetes mellitus, y mantienen la vigencia de los dos tipos de estrategias para el tratamiento inicial de la HTA. La primera recomendación es iniciar el tratamiento con diuréticos y betabloqueadores, a no ser que estén contraindicados o que exista

alguna indicación especial para utilizar otro fármaco; la segunda especifica que cualquiera de los cinco principales grupos farmacológicos, entre ellos los IECA, son útiles para el tratamiento inicial de la HTA.

El estudio NORDIL<sup>6</sup>, por su parte, comparó los efectos sobre la mortalidad y morbilidad en HTA de los calcio antagonistas frente a los betabloqueadores y los diuréticos, el cual resultó interesante porque demostró la efectividad de un fármaco poco utilizado, y mostró resultados positivos en cuanto a la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades que tienen a la HTA como factor de riesgo; sin embargo, el estudio no modificó la recomendación del JNC VI de utilizar terapia clásica de forma inicial en todo paciente que deba ser tratado.

Otros estudios publicados entre los años 2000 y 2002, como el SHEP, compararon el efecto de diuréticos y betabloqueadores con placebo en la HTA sistólica. LIVE comparó el efecto de Indapamide retard con el enalapril en hipertensos con hipertrofia ventricular izquierda; PROGRESS (perindopril, indapamide vs placebo) en hipertensos con accidente cerebrovascular o ataque transitorio de isquemia previos; LIFE (losartán vs atenolol) en hipertensos con hipertrofia ventricular izquierda); LIFE diabetes (losartán / atenolol en hipertensos diabéticos con hipertrofia ventricular izquierda); ALLHAT (clortalidona/amilodipina/lisinopril en hipertensos con uno o más factores de riesgo cardiovascular); todos ellos muestran los avances en el arsenal terapéutico de la HTA y los efectos e indicaciones de todos estos fármacos, pero coinciden en que el objetivo último del tratamiento antihipertensivo no es únicamente el control de la presión arterial, sino disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a la HTA<sup>7</sup>. Es bien conocido que la reducción de la tensión arterial, independientemente del fármaco utilizado, disminuye la incidencia de accidentes cerebrovasculares, coronarios y nefropatías. Por tanto, el medicamento inicial debe estar acorde con la individualidad del paciente y la disponibilidad del fármaco, y no con el año de producción del mismo, y los cambios terapéuticos deben tener como base el descontrol de la tensión arterial, siguiendo la secuencia cronológica recomendada por múltiples autores.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Jiménez DC. ¿Estamos controlando el factor de riesgo hipertensión arterial en la población hipertensa de nuestro centro de salud?. Hipertensión. 1999;16(9):332-6.
2. Vasan RS, Lanson MG, Leip EP. Assessment of frequency of progression to hypertension in non hypertensive participants in Framingham. Heart study: a cohort, study. Lancet. 2001;358:1682-6.
3. Roccella EJ, Kaplan NM. Interpretation and evaluation of clinical guidelines. In: Izzo JL, Black HR, editors. Hypertension primary. Dallas: American Heart Association; 2003. p. 126-7.
4. ALLHAT. JAMA. 2002;288:2981-97.
5. Wing LMH, Reid CM, Ryan P. A comparison of outcomes with angiotensin-converting-enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. N Engl J Med. 2003;348:583-92.
6. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomized trials. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Lancet. 2000;356:1955-64.
7. The JNC 7 Report. JAMA. 2003;289:2550-72.