

Editorial

Los editoriales representan la opinión de el/los autor/es, no necesariamente las del Comité Editorial de la Revista FAC.

Estrategia basada en los equipos de salud para el control de la hipertensión

Team based strategy to control hypertension

Patricio López-Jaramillo, José P López-López

Instituto de Investigaciones Masira, Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, Universidad de Santander (UIDES), Bucaramanga, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 9 de Noviembre de 2024

Aceptado después de revisión
el 12 de Noviembre de 2024

www.revistafac.org.ar

Palabras clave:

Hipertensión,
control,
estrategia,
equipo de salud

Keywords:

Hypertension,
control,
strategy,
health team

Los autores declaran no tener
conflicto de intereses

La hipertensión es el más importante factor de riesgo modificable para enfermedades cardiovasculares (ECV) y mortalidad en todo el mundo, y particularmente en Latinoamérica¹. El tratamiento de los pacientes con hipertensión implica una combinación de medicamentos y hábitos de vida saludables, y la adherencia adecuada a estas intervenciones se asocia con una disminución significativa del riesgo de ECV y de la mortalidad general^{2,3}. A pesar de las bien establecidas y eficaces opciones de tratamiento, la prevalencia de la hipertensión continúa aumentando y la mayoría de los pacientes permanecen incontrolados, particularmente en los países de ingresos bajos y medios en los cuales los sistemas de salud presentan deficiencias de recursos, tanto de talento humano como de insumos, lo que se refleja en los muy bajos niveles de conciencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular asociados, por lo tanto, es necesario desarrollar e implementar estrategias innovadoras que permitan mejorar el número de personas con hipertensión que tienen bien controlados sus niveles de presión arterial, es decir en menos de 140/90 mmHg, que contribuyan a alcanzar el objetivo de reducir la mortalidad por ECV en un 30% para 2030, como fue acordado por los gobiernos del mundo^{4,5}.

El Proyecto Health Outcomes Prevention and Evaluation 4 (HOPE 4), estuvo dirigido a demostrar que una estrategia amplia e incluyente, basada en la identificación detallada de las barreras locales y en la implementación de acciones para superarlas, es superior al cuidados usual. El proyecto desarrollado en diferentes etapas incluyó a personas con nuevo diagnóstico de hipertensión o que estuviera

mal controlada, en Colombia y Malasia, dos países de ingresos medios, con diferencias étnicas, culturales y religiosas. La primera etapa, consistió en identificar en cada país y en el contexto local las barreras para el adecuado manejo y control de la hipertensión en pacientes que asisten a centros hospitalarios en los dos países. Las principales barreras identificadas estuvieron relacionadas con los costos de transporte para llegar al centro médico, con el costo de los medicamentos, con el tiempo de espera para la cita y la consulta médica, y el poco tiempo dedicado por los especialistas^{6,7}. Con estos resultados, implementamos entonces un modelo innovador que se basó en la utilización de trabajadores de la salud no médicos (auxiliares de enfermería, TSNM) para seguimiento de los pacientes en el hogar, TSNM que fueron soportadas por médicos de atención primaria y por miembros de la familia y la comunidad, y que se encargaron de la provisión gratuita en casa de un tratamiento combinado de dos o tres antihipertensivos en una sola tableta y una estatina, siguiendo guías simplificadas de procedimientos de manejo y dosificación de medicamentos a través de tabletas electrónicas. Para esto, en una segunda etapa se diseñó e implementó un programa educativo de entrenamiento bien estructurado de formación de los TSNM⁸. Además del contenido sobre la carga de enfermedad, la fisiopatología del sistema cardiovascular y los factores de riesgo de ECV, el plan de estudios también incluyó evaluaciones como pruebas modulares, ejercicios en clase y exámenes clínicos estructurados. Estas evaluaciones sirvieron como indicadores de la adopción adecuada del contenido del plan de estudios, así como de la preparación para trabajar en el campo. Cincuenta y un TSNM completaron

con éxito el plan de estudios de capacitación, con una puntuación promedio de 93,19 % en las pruebas del módulo, y 84,76 % en los exámenes clínicos estructurados. El plan de estudios se adaptó al Paquete Técnico HEARTS de la Organización Mundial de la Salud, que se lanzó en 2016 para mejorar la gestión de las ECV en la atención primaria de salud. Una vez entrenados los TSNM y definidos los medicamentos a ser utilizados de forma estandarizada y universal, consistente en Colombia de una combinación a dosis fija diaria de candesartan 16 mg con amlodipino 5mg como mitad de dosis, candesartan 32 mg con amlodipino 5 mg como dosis plena, y en caso necesario de triple terapia una tableta de valsartan 80 mg con amlodipino 5 mg e hidroclorotiazida 25 mg, todas acompañadas de una tableta de rosuvastatina 10 mg/día. Implementamos la tercera etapa, que consistió en un ensayo controlado de brazos paralelos, aleatorizado por grupos, realizado en 30 comunidades urbanas y rurales en Colombia y Malasia⁹. Brevemente, esta tercera etapa del estudio HOPE 4 implicó una intervención multifacética, que constó de tres elementos principales proporcionados como un paquete: a) tamizaje, detección, tratamiento y control comunitarios de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares por parte de los TSNM (en colaboración con médicos locales), guiados por tablas con los algoritmos de gestión simplificados, soporte a decisiones y programas de asesoramiento; b) provisión local gratuita de la combinación de medicamentos antihipertensivos y estatina administradas por los TSNM, pero supervisada por los médicos; y c) el apoyo de un participante nominado como partidario del tratamiento (amigo o familiar) para mejorar la adherencia a los medicamentos y a las conductas de hábitos saludables. Los TSNM hicieron la selección inicial, el reclutamiento, y seguimiento, tanto en las comunidades de intervención como en las de control. En las comunidades control no se proporcionó ninguna intervención estructurada, pero recibieron literatura local sobre enfermedades cardiovasculares y fueron recomendadas a consultar a su proveedor de atención médica local habitual. Todas las comunidades completaron un seguimiento de 12 meses (datos del 97% de los participantes vivos, n=1299). La reducción en la puntuación de riesgo de Framingham para el riesgo de enfermedad cardiovascular a 10 años fue de -6,40 % (IC del 95 %: 8,00 a -4,80) en el grupo de control, y de -11,17% (-12,88 a -9,47) en el grupo de intervención, con una diferencia de cambio de -4,78% (IC del 95% -7,11 a -2,44, p<0.0001). Hubo en el grupo de intervención una mayor reducción absoluta de la presión arterial sistólica de 11,45 mm Hg (IC del 95%: -14,94 a -7,97), y una reducción de 0,41 mmol/L (IC del 95%: -0,60 a -0,23) en cLDL (ambos p<0.0001). El cambio en el estado de control de la presión arterial (<140 mm Hg) fue del 69 % en el grupo de intervención versus 30% en el grupo control (p<0.0001). No hubo problemas de seguridad con la intervención¹⁰.

En conclusión, el modelo integral de atención de HOPE 4 dirigido por TSNM capacitados y asesorados por médicos de atención primaria, y con la participación de familiares

como motivadores de adherencia, resultó en una sustancial reducción del riesgo estimado de ECV, principalmente a través de mejoras en la presión arterial, de los niveles de cLDL, de la adherencia a la medicación y de algunos comportamientos saludables. Estos resultados nos llevaron a sugerir que la estrategia HOPE 4 podría ayudar a alcanzar las metas propuestas por el Plan de Acción de la Asamblea General de las Naciones Unidas para una reducción de un tercio en la mortalidad prematura por ECV, recomendando que los sistemas de salud de los países de ingresos medios y bajos implementen estrategias como las de HOPE 4, adaptados a los contextos locales^{11,12}.

En el presente número de Revista de la Federación Argentina de Cardiología, se publica el artículo de Rizo-Rivera et al sobre la eficacia de la estrategia HOPE 4, comparada con estrategia convencional para el control de la hipertensión arterial en Nicaragua: estudio ARJÉ¹³. Los autores comparan la eficacia de la estrategia HOPE 4 adaptada al contexto de Jinotega, Nicaragua (HOPE-4J), con la estrategia convencional para mejorar el control de la hipertensión arterial, a través de un ensayo comunitario en la población adulta hipertensa que acudió a consulta en la Clínica Cardiológica del Hospital Victoria Motta. Los pacientes hipertensos, controlados o no, fueron asignados a un grupo de intervención con la estrategia HOPE-4J, y a un grupo control en el que se aplicó la estrategia convencional. En el grupo de intervención incluyeron 136 pacientes, de los cuales 132 finalizaron el estudio (97.05%), y 135 en el grupo control, de los cuales 131 finalizaron el estudio (97.03%). La estrategia HOPE-4J consistió de la utilización de personal de la salud no médico (enfermeras), uso de terapia combinada a dosis bajas en cronoterapia, e integración de allegados al paciente que apoyen a la adherencia a largo plazo del tratamiento antihipertensivo. Luego de la evaluación inicial y otra a los 6 meses, observaron que los pacientes seguidos con la estrategia HOPE-4J tuvieron un mayor y mejor control de su presión arterial, con una mayor reducción de la presión arterial sistólica de 13.3 mmHg en el grupo de intervención sobre el grupo control, y de 4.1 mmHg en la presión arterial diastólica. Al final de la intervención 81.3% de los pacientes en el grupo de intervención lograron las metas de presión arterial. Los autores concluyeron que existe un claro beneficio de la estrategia HOPE-4J sobre la estrategia convencional.

Este estudio demuestra que la estrategia HOPE-4J, a pesar de que difiere de la original, especialmente por el lugar donde se realizó el seguimiento de los pacientes (hospital vs hogar), en la composición y forma de presentación de la terapia anti hipertensiva (combinación aislada vs combinación en una sola tableta), y en la formación de los TSNM (enfermeras profesionales vs auxiliares de enfermería), es útil para mejorar el control de la hipertensión, y demuestra que la estrategia de control de la hipertensión basada en el equipo de salud con participación comunitaria y adaptada a las condiciones locales es eficiente, de buena aceptación y fácil de implementar.

BIBLIOGRAFIA

1. Lopez-Jaramillo P, Joseph P, Lopez-Lopez JP, et al. Risk factors, cardiovascular disease, and mortality in South America: a PURE substudy. *Eur Heart J* **2022**; 43: 2841 – 2851.
2. Lopez-Jaramillo P, Barbosa E, Molina DI, et al. Latin American Consensus on the management of hypertension in the patient with diabetes and the metabolic syndrome. *J Hypertens* **2019**; 37: 1126 - 1147.
3. Lonn EM, Bosch J, Lopez-Jaramillo P, et al. Blood-Pressure Lowering in intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* **2016**; 374: 2009 - 2020.
4. Lopez-Jaramillo P, Lopez-Lopez J, Yusuf S. Facing cardiovascular risk in Ibero America. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* **2020**; 73: 799 - 801.
5. López-Jaramillo P, Coca A, Sánchez R, et al. Hypertension Guidelines: Is It Time to Reappraise Blood Pressure Thresholds and Targets? Position Statement of the Latin American Society of Hypertension. *Hypertension* **2016**; 68: 257 - 262.
6. Legido-Quigley H, Camacho Lopez PA, et al. Patients' Knowledge, Attitudes, Behaviour and Health Care Experiences on the Prevention, Detection, Management and Control of Hypertension in Colombia: A Qualitative Study. *PLoS One* **2015**; 10: e0122112.
7. Risso-Gill I, Balabanova D, Majid F, et al. Understanding the modifiable health systems barriers to hypertension management in Malaysia: a multi-method health systems appraisal approach. *BMC Health Serv Res* **2015**; 15: 254.
8. Khan M, Lamelas P, Musa H, et al. Development, testing, and implementation of a training curriculum for nonphysician health workers to reduce cardiovascular disease. *Glob Heart* **2018**; 13: 93 – 100.
9. Schwalm JDR, McCready T, Lamelas P, et al. Rationale and design of a cluster randomized trial of a multi-faceted intervention in people with hypertension: The Heart Outcomes Prevention and Evaluation 4 (HOPE-4) Study. *Am Heart J* **2018**; 203: 57 - 66.
10. Schwalm JD, McCready T, Lopez-Jaramillo P, et al. A community-based comprehensive intervention to reduce cardiovascular risk in hypertension (HOPE 4): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* **2019**; 394: 1231 - 1242.
11. Mamudu HM, Yang JS, Novotny TE. UN resolution on the prevention and control of non-communicable diseases: an opportunity for global action. *Glob Public Health* **2011**; 6: 347 –353.
12. Drakos A, McCready T, Lopez-Jaramillo P, et al. Relation between social support and clinical outcomes: An evaluation of participant-nominated treatment supporters in the HOPE 4 intervention. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* **2024**; 17: e009342.
13. Rizo-Rivera GP, Gutiérrez-Gadea GF, Zeledón-Chavarría AF, et al. Eficacia de estrategia HOPE 4 comparada con estrategia convencional para el control de la hipertensión arterial en Nicaragua. *Estudio ARJÉ. Rev Fed Arg Cardiol* **2024**; 53(4): 209-216