

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CRAIOVA
ȘCOALA DOCTORALĂ

TEZĂ DE DOCTORAT
-REZUMAT-
ASOCIERI MEDICAMENTOASE ÎN HTA

CONDUCĂTOR DE DOCTORAT:

Prof.Univ.Dr.Valentin Cîrlig

STUDENT-DOCTORAND:

Șerban(Brașoveanu) Anda Mariana

CRAIOVA

2019

CUPRINS:

Capitolul I : Hipertensiunea arterială primară.....	3
Capitolul II: Tratamentul hipertensiunii arteriale primare.....	3
CONTRIBUȚII PROPRII.....	4
Capitolul III: Profilul demografic al pacientului hipertensiv din Județul Olt.....	4
Capitolul IV: Prelucrarea datelor, rezultate și discuții.....	4
IV.1. Prelucrarea datelor.....	4
IV.2. Rezultate.....	4
IV.3. Discuții.....	6
Capitolul V: Concluzii.....	6
Capitolul VI: Bibliografie selectivă.....	8

CUVINTE CHEIE :

Hipertensiunea arterială, mortalitate, boli cardiovasculare, asocieri medicamentoase.

CAPITOLUL I: Hipertensiunea arterială primară

Hipertensiunea arterială reprezintă principala cauză de deces din întreaga lume și reprezintă una dintre cele mai importante probleme de sănătate publică. Hipertensiunea reprezintă un factor major de risc cardiovascular cu o incidentă în creștere¹.

Ghidurile ESH-ESC din 2018 recomandă că primul obiectiv terapeutic să fie scăderea TA <140/90mmHg pentru toți pacienții și dacă tratamentul este bine tolerat, valorile TA ar trebui scăzute la 130/80mmHg sau chiar mai jos pentru majoritatea pacienților. La majoritatea pacienților <65 ani este recomandată scăderea TAS în intervalul 120 -129mmHg.²

Relația continuă dintre TA și evenimentele cardiovasculare (CV) și renale, face ca distincția dintre tensiunea normală și hipertensiune, să fie arbitrară.^{3,4,5} Pentru a simplifica diagnosticul și deciziile terapeutice se utilizează valorile cut-off.

Se estimează că aproximativ un miliard de oameni din populația lumii suferă de HTA, ceea ce face din HTA principala cauză de deces din întreaga lume, dar și principalul motiv al prezentării pacientului la medic. O altă estimare arată că în anul 2025 HTA va afecta aproximativ 1,5 miliarde de indivizi din întreaga lume.

Mecanismele implicate în apariția a peste 95% din cazurile de HTA sunt multiple, neexistând o cauză unică. Tensiunea arterială este determinată de produsul dintre debitul cardiac și rezistența periferică. HTA poate rezulta din creșterea oricărui dintre cei doi factori.

HTA a fost denumită „un ucigaș silențios” deoarece de cele mai multe ori este nedagnosticată și netratată, fapt ce duce la o afectare silențioasă a vaselor de sânge, cord, creier și rinichi.

Evaluarea HTA presupune trei pași: măsurarea TA, evaluarea riscului cardiovascular global și detectarea unor cauze identificabile sau potențial tratabile de HTA. Diagnosticul de hipertensiune se pune pe baza a două sau mai multe măsurători cu ocazia a două sau mai multe vizite la medic conform JNC7⁸. În cabinetul medical TA se măsoară de cel puțin două ori după cinci minute de repaus, cu pacientul așezat pe scaun rezemat și cu brațul la nivelul cordului. Pacientul ar trebui să nu consume alcool și cafea cu 30 de minute înainte de măsurătoare. TA ar trebui măsurată la ambele brațe și după cinci minute de ortostatism.

Capitolul II: Tratamentul hipertensiunii arteriale primare

Pentru a scădea TA avem la îndemână mai multe metode: modificarea stilului de viață, medicația antihipertensivă și chiar intervenții cardiovasculare cum ar fi denervarea renală. Conform noului ghid al ESC/ESH din 2018 se recomandă că tratamentul antihipertensiv să poată fi luat în considerare chiar la valori ale TA normale înalte (130-139/85-89mmHg) în cazul în care riscul cardiovascular este foarte înalt în condițiile asocierii bolii cardiace ischemice. Cu excepția câtorva cazuri de HTA secundară cele mai multe cazuri de HTA nu pot fi vindecate¹⁰.

Principalele clase de medicamente utilizate în tratamentul HTA sunt reprezentate de: inhibitori ai enzimei de conversie ai angiotensinei II, blocanți ai receptorilor angiotensinei II, beta blocante, blocant ale canalelor de calciu și diuretice (tiazidice și tiazid-like).

Tratamentul antihipertensiv se poate iniția cu un singur medicament sau folosind două sau trei medicamente administrate individual sau în comprimate în doză fixă.

CONTRIBUȚII PROPRII

Capitolul III: Profilul demografic al pacientului hipertensiv din Județul Olt

Profilul demografic al pacientului hipertensiv din Județul Olt Studiul cuprinde un număr de 3050 de pacienți cu HTA internați în perioada 2013-2017 în Spitalul Municipal din Caracal, jud. Olt, pentru investigații și tratament specific. Toți pacienții incluși în lotul nostru au fost diagnosticați clinic și paraclinic cu HTA esențială. Pentru realizarea studiului s-a luat consimțământul informat al tuturor pacienților.

Capitolul IV: Prelucrarea datelor, rezultate și discuții

IV.1 Prelucrarea datelor

Pentru analiza datelor s-au folosit programul Microsoft Excel (Microsoft Corp., Redmond, WA, USA), împreună cu add-on-ul XLSTAT 2014 pentru MS Excel (Addinsoft SARL, Paris, Franța) și programul IBM SPSS Statistics 20.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA).

Datele obținute au fost înregistrate în fișiere Microsoft Excel, apoi fiind prelucrate statistic, în vederea analizării relațiilor dintre datele clinice și paraclinice ale pacienților.

IV.2 Rezultate

Numărul pacienților cu HTA care au necesitat internare în Secția de Cardiologie a Spitalului Municipal Caracal a fost în medie de circa 610 de pacienți pe an, cel mai mic număr fiind înregistrat în anul 2014 (502 pacienți), iar în anul 2016 (698 de pacienți). Se poate spune ca numărul pacienților internați a variat de la un an la altul cu maximum 16-18% față de media anuală.

Analiza distribuției lotului de pacienți în funcție de sex, ne-a permis să constatăm că cei mai mulți pacienți afectați de HTA au fost de sex feminin. Astfel, din cei 3050 de pacienți 1756 (57,57%) au fost de sex feminin, iar 1294 (42,43%) au fost de sex masculin. Preponderența HTA la sexul feminin a fost o constantă de-a lungul celor cinci ani calendaristici luați în studiul nostru.

În ceea ce privește valorile tensiunii arteriale (TA) sistolice, am împărțit lotul nostru în trei categorii de pacienți:

- cu valori al TA mai mici de 160 mm Hg (HTA gradul I);
- cu valori cuprinse între 160 și 180 mm Hg (HTA gradul II);

- cu valori peste 180 mm Hg (HTA gradul III).

În lotul nostru, cei mai mulți pacienți au avut HTA gradul II (1401 cazuri, reprezentând 45,94%), în timp ce numărul pacienților cu HTA gradul I și gradul III au fost aproape egal: HTA gradul I = 810 pacienți, reprezentând 26,55%; HTA gradul III = 839 pacienți, reprezentând 28,51%. Sexul feminin a fost mult mai numeros decât sexul masculin la toate gradele de HTA.

Analizând distribuția pacienților în funcție de vârstă, numărul pacienților cu HTA a crescut odată cu vârsta. Cei mai mulți pacienți cu HTA au avut vârsta de peste 60 de ani. Între intervalul de vârstă 60-89 de ani au fost înregistrați un număr de 2638 de pacienți, reprezentând 86,49% din tot lotul, în timp ce pacienții cu vârsta mai mică de 60 de ani au fost în număr de 363, reprezentând doar 11,90%. Prevalența crescută a bolii peste 60 de ani credem că se datorează reducerii elasticității arterelor și arteriolelor, reducerii efortului fizic și adoptarea stilului de viață sedentar, modificărilor alimentației care duce la creșterea în greutate, diabet și la obezitate.

Din graficul nostru se poate observa ușor că pacienții cu vârsta peste 60 de ani au prezentat cel mai frecvent forme de HTA gradul II, pe toate decadele de vârstă, aspect clinic care impune o supraveghere mult mai frecventă a acestor persoane pentru prevenirea unor complicații majore generate de HTA.

Dacă după vârsta de 80 de ani graficul indică o scădere a numărului pacienților cu HTA, aceasta nu se datorează „vindecării” HTA, ci decesului persoanelor de vârstă înaintată, datorită bolii cardiovasculare sau altor afecțiuni.

Din graficul nostru se poate observa faptul că HTA poate apare și la indivizi sub 50 de ani și chiar la tineri. În lotul nostru a fost înregistrată o persoană sub 10 ani care a prezentat o formă ușoară de HTA (gradul I) care a necesitat spitalizare pentru stabilirea diagnosticului și unui tratament adecvat. De asemenea, în grupa de vârstă 30-39 de ani (grupa adulților tineri) au fost înregistrați 6 pacienți cu HTA, din care 3 pacienți au prezentat HTA stadiul II iar alți 3 pacienți HTA gradul III. În decada 40-49 de ani au fost înregistrați 57 de pacienți, din care 21 cu HTA stadiul I, 25 cu HTA stadiul II și 11 cu HTA stadiul III. Datele noastre denotă faptul că HTA poate debuta devreme, chiar la adolescenți, dar neavând manifestări clinice intense este depistată mult mai târziu.

Având convingerea că mediul social poate fi un factor de risc care influențează HTA, am analizat distribuția cazurilor în funcție de mediul de proveniență. Am constatat că în mediul rural au fost înregistrați un număr de 2085 de pacienți, reprezentând 68,36%, în timp ce în mediul urban au fost înregistrați un număr de 965 de pacienți, reprezentând 31,64%. Se poate observa ușor că mai mult de 2/3 din pacienții lotului nostru au provenit din mediul rural, ceea ce dovedește că HTA este influențată de mediul social.

Cunoscând faptul că valorile TA sistolice reprezintă un factor de predicție pentru unele complicații majore generate de HTA (accidente vasculare cerebrale, infarct miocardic), în studiul nostru am investigat și pacienții cu TA sistolică mai mare de 200 mmHg. Din totalul de 3050 de pacienți, un număr de 364 (11,95%) de pacienți au prezentat valori mai mari de 200 mmHg ale TA sistolice.

IV.3 DISCUȚII

Hipertensiunea arterială (HTA) este o afecțiune medicală cronică în care tensiunea arterială este constant crescută, peste valorile normale (120-139 / 80-89 mm HG). Studiile recente arată că HTA este o problemă majoră de sănătate publică care afectează peste un miliard de persoane din întreaga lume [6,7].

Incidența ridicată a HTA reprezintă o problemă imensă de sănătate publică la nivel mondial, aceasta fiind principalul factor de risc pentru alte boli cardiovasculare, incluzând boala coronariană, accidentul vascular cerebral și insuficiența cardiacă, insuficiență renală, etc. În fiecare an, circa 17 milioane de persoane mor prematur din cauza bolilor cardiovasculare, dintre care 9 milioane de decese apar ca urmare a complicațiilor legate de HTA [2, 9].

O particularitate a lotului nostru este faptul că prevalența HTA a fost mai mare la femei decât la bărbați. Majoritatea studiilor au arătat că prevalența HTA este mai mare la bărbați [11, 12]. Este posibil ca și în România HTA să aibă o prevalență mai mare la bărbați, dar mulți dintre aceștia să nu fie conștienți de prezența bolii, deoarece în primele stadii de evoluție HTA poate să nu aibă nici un simptom.

Capitolul V: Concluzii

Hipertensiunea arterială primară continuă să reprezinte o reală problemă de sănătate publică, fiind factorul de risc numărul 1 în ceea ce privește mortalitatea. Reprezintă un factor de risc identificabil, reversibil și cel mai comun pentru boli precum infarctul miocardic, accidentul vascular cerebral, fibrilația atrială, disecția de aortă și boala arterială periferică. Determinând remodelare vasculară la nivel cerebral și miocardic este mai frecvent asociată cu accidentul vascular cerebral și insuficiența cardiacă.

HTA este una dintre cele mai frecvente afecțiuni cardiovasculare. Din cei 3050 de pacienți internați în Secția de Cardiologie a Spitalului Municipal Caracal în perioada 2013-2017, 1756 de pacienți (57,57%) au fost de sex feminin, iar 1294 (42,43%) au fost de sex masculin.

Analizând distribuția pacienților în funcție de vârstă, s-a constatat că cei mai mulți pacienți cu HTA au avut vârsta de peste 60 de ani. Între intervalul de vârstă 60-89 de ani au fost înregistrați un număr de 2638 de pacienți, reprezentând 86,49% din tot lotul, în timp ce pacienții cu vârsta mai mică de 60 de ani au fost în număr de 363, reprezentând doar 11,90%.

Cei mai mulți pacienți au avut HTA gradul II (1401 cazuri, reprezentând 45,94%), în timp ce numărul pacienților cu HTA gradul I și gradul III au fost aproape egal: HTA gradul I = 810 pacienți, reprezentând 26,55%; HTA gradul III = 839 pacienți, reprezentând 28,51%. Un număr de 364 (11,95%) de pacienți au prezentat valori mai mari de 200 mmHg ale TA sistolice.

Analizând lotul de 3050 de pacienți în ceea ce privește medicația antihipertensivă administrată am constatat că dintre toate clasele de medicamente cea mai utilizată a fost clasa inhibitorilor sistemului renină-angiotensină-aldosteron, și dintre aceștia inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei.

În ceea ce privește asocierile medicamentoase cea mai utilizată a fost asocierea dintre inhibitor al enzimei de conversie și calciu blocant.

Caracterizând lotul din punct de vedere al mediului de proveniență am constatat că ponderea cea mai mare a pacienților au avut-o pacienții din mediul rural fapt ce poate fi explicat printr-o educație medicală mai precară, o adresabilitate mai scăzută, o complianță mai mică la tratament sau nerespectarea dietei hiposodată.

Capitolul VI: BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Kaplan NM. Systemic hypertension: mechanisms and diagnosis. In: Braunwald E, ed. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, Seventh edition. p 959. Elsevier Saunders Philadelphia, Pennsylvania;
2. Ghidul ESC/ESH 2018 pentru managementul hipertensiunii arteriale ; Romanian Journal of Cardiology Vol. 29, No. 1, 2019, p76;
3. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, Chalmers J, Rodgers A, Rahimi K. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2016;387:957–967;
4. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002;360:1903–1913;
5. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension. 1. Overview, meta-analyses, and metaregression analyses of randomized trials. J Hypertens 2014;32:2285–2295;
6. Bakris GL and Lip GYH. Cardiopatia hipertensivă în Crawford MH, DiMarcon JP, Paulus WJ. Cardiology Second Edition. Elsevier Italia Srl, 2005;
7. Mancia G, Grassi G, Kjeldsen SE. Manual of Hypertension of the European Society of Hypertension, Part 1. Informa Healthcare, 2008, United Kingdom;
8. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289:2560;
9. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: The SCORE project. Eur Heart J 2003;24:987-1003;
10. Ronald G. Victor and Peter Libby. Systemic Hypertension : Management in Braunwald 'S Heart Disease a textbook of Cardiovascular Medicine Elsevier Saunders 2014;44: 953;
11. Xin X, He J, Frontini MG, et al: Effects of alcohol reduction on BP: A meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension 38:1112, 2001;
12. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289:2560 -2572;