

Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio médico 3 del Policlínico Docente "Ana Betancourt"

Characterization of hypertensive patients older than 18 years from medical practice 3 at Ana Betancourt Polyclinic

Dr. Luis Manuel Hernández Vázquez^I; MSc. Víctor Tadeo Pérez Martínez^I;
Dra. Tatiana de la Vega Pažitková^I; Dr. Oscar Antonio Alfonso Montero^{II};
Dr. Jorge Edgardo Quijano^I

^I Policlínico Docente "Ana Betancourt". Playa. La Habana. Cuba.

^{II} Policlínico Docente "Comandante Manuel Fajardo". Playa. La Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial es una enfermedad multifactorial que constituye un problema de salud mundial.

Objetivo: caracterizar, en el orden clínico-epidemiológico, el estado actual de la hipertensión arterial en pacientes mayores de 18 años del consultorio médico de familia número 3, del Policlínico Ana Betancourt, del municipio capitalino de Playa.

Métodos: 64 hipertensos integraron la muestra. Se les realizó una consulta control y aplicó un cuestionario que explora variables como: factores de riesgo individuales asociados a la enfermedad, comorbilidad, nivel de información del paciente sobre su padecimiento, esquema actual de tratamiento antihipertensivo, su cumplimiento y el nivel de control alcanzado por cada paciente.

Resultados: la hipertensión arterial predominó en los ancianos, en las féminas (68,75 %), en la raza negra (60,93 %), en los que alcanzaron la secundaria básica (34,37 %) y carecen de vínculo laboral (54,69 %). La obesidad constituyó el trastorno comórbido más frecuente (28,13 %). El antecedente familiar de hipertensión arterial se identificó (67,19 %) como el factor de riesgo individual que más incidió en dicha enfermedad. El 57,81 % utiliza un esquema combinado de fármacos hipotensores, siendo los diuréticos los más usados (71,88 %). El 42,19 % incumple con el tratamiento indicado. El nivel de información acerca de la enfermedad resultó

insuficiente en el 68,75 %. Solo en el 53,1 % (n=30) la enfermedad permanece controlada.

Conclusiones: la herencia constituyó el principal factor de riesgo individual. Se demostró una relación directamente proporcional entre el control de la hipertensión, el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el nivel de información del paciente acerca de su enfermedad.

Palabras clave: herencia, control, hipertensión arterial, relación directa, tratamiento, información.

ABSTRACT

Introduction: Hypertension is a multi-factorial disease that is a global health problem.

Objective: To characterize the clinical and epidemiological features, the current status of hypertension in patients older than 18 years from the family medical practice number 3 at Ana Betancourt Polyclinic, in Playa municipality.

Methods: 64 hypertensive patients were the sample. They underwent control queries and they answered a questionnaire exploring variables such as individual risk factors associated with the disease, co-morbidity, level of patient information about this illness, current antihypertensive treatment, its implementation and the level of control achieved by each patient.

Results: Hypertension was predominant in the elderly, in females (68.75%), in black race patients (60.93%), majored from junior high (34.37%), and no employment (54.69%). Obesity was the most common co-morbid disorder (28.13%). Family history of hypertension was identified (67,19%) as the individual risk factor that most influenced in this disease. 57.81% use a combination regimen of antihypertensive drugs, diuretics were the most used (71.88%). 42.19% broke the indicated treatment. The level of information about the disease was insufficient in 68.75%. Only 53.1% (n = 30) keeps their disease controlled.

Conclusions: heredity was the main individual risk factor. A directly proportional relationship between the control of hypertension, medication compliance and patient level information about their disease was demonstrated.

Keywords: heredity, control, hypertension, direct relationship, treatment, information.

INTRODUCCIÓN

A pesar del elevado desarrollo científico-técnico en que se encuentra inmerso el mundo, las Enfermedades crónicas no transmisibles continúan siendo las principales causas de morbimortalidad de la población mundial, originando así un incremento cada vez mayor de la demanda de los servicios de salud de cualquier país.

La hipertensión arterial se ha consolidado, a lo largo del tiempo, como una de las enfermedades más constantes en cuanto a parámetros de salud negativos. La OMS estima que unos nueve millones de fallecimientos y más de 75 millones de años de

vida sana perdidos anualmente se deben, a niveles peligrosos de tensión arterial. Entre el 10 y 30 % de la población adulta de casi todos los países sufre de hipertensión arterial, pero otro 50 a 60 % gozaría de mejor salud si su tensión arterial fuera más baja. Incluso una pequeña disminución de la tensión arterial, de esta "mayoría silenciosa", reduciría el riesgo de presentar alguna de las complicaciones que se generan por esta enfermedad.¹

Se entiende por hipertensión arterial la elevación sostenida de las cifras de presión arterial sistólica por encima de 140 mmHg; diastólica por encima de 90 mmHg; o ambas, en 3 ó más ocasiones y en presencia de las condiciones adecuadas para su correcta lectura, en un período de 7 días, en los mayores de 18 años de edad.² Es la manifestación clínica de un proceso fisiopatológico complejo que predispone a todas las manifestaciones de la enfermedad aterosclerosa cardiovascular, incluyendo la enfermedad coronaria, ictus, insuficiencia cardíaca y la enfermedad arterial periférica.³

En el origen de la hipertensión arterial están implicados factores genéticos y ambientales que por distintas vías alteran el equilibrio de las sustancias reguladoras del tono vascular, como consecuencia de ello se altera la regulación del tono con predominio de la vasoconstricción sobre la vasodilatación, lo que se traduce en un aumento de la resistencia vascular periférica. El resultado de este aumento es la elevación de la presión arterial.³

Los factores de riesgo para la hipertensión arterial son condiciones endógenas o ligadas al estilo de vida que aumentan la posibilidad de padecer y morir por enfermedad vascular cerebral en aquellos individuos en los que inciden, en comparación con el resto de la población.⁴ La modificación de estilos de vida reduce la presión arterial, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular.

En el policlínico capitalino "Ana Betancourt", la hipertensión arterial también constituye una problemática de salud, debido a las tasas de incidencia y prevalencia anualmente exhibidas por la población atendida en dicho centro asistencial.

Al concluir el año 2011 se detectaron 138 nuevos hipertensos, de los cuales 68 fueron mujeres y 70 hombres, para un total de 3 698 casos conocidos y debidamente diagnosticados, 1 882 del sexo masculino y 1 816 féminas.

El consultorio médico de familia 3 durante ese año, no estuvo ajeno a esta realidad, pues según se muestra en el Análisis Integral de la Situación de Salud, aportó 8 nuevos casos, de ellos 7 mujeres y 1 hombre, para un total de 343 pacientes diagnosticados como hipertensos, 181 hombres y 162 mujeres, al cierre de ese mismo período.

Ello motivó a realizar un estudio con el objetivo de caracterizar, en el orden clínico-epidemiológico, el estado actual de la hipertensión arterial en pacientes mayores de 18 años del consultorio médico de familia número 3, del Policlínico Docente "Ana Betancourt", del municipio capitalino de Playa.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, exploratorio y de corte transversal, durante el primer semestre del año 2012, en el consultorio médico de familia número 3, del Policlínico Docente "Ana Betancourt", en el municipio Playa, provincia La Habana.

El universo estuvo representado por todos los pacientes hipertensos mayores de 18 años, lo que correspondió con un total de 351.

La muestra se seleccionó utilizando el muestreo por criterios, quedando conformada por 64 pacientes hipertensos que respondieron a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes hipertensos mayores de 18 años.
2. Desear cooperar con la investigación.
3. Residir física y legalmente en el área de atención de dicho consultorio en el momento de realizado el estudio.
4. No tener ninguna enfermedad mental que interfiera con la aplicación exitosa de la herramienta confeccionada para recolectar la información.

Los criterios de exclusión fueron los que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Como método empírico se utilizó el cuestionario (anexo 1), de carácter anónimo, aplicado a la totalidad de la muestra, en horarios de consultas, por personal especializado, previo consentimiento del paciente.

Dicho instrumento fue diseñado por los autores siguiendo la experiencia de estudios anteriores y validado por expertos. Su estructura consta de doce interrogantes, preferentemente de respuestas cerradas, (algunas de selección múltiple, otras son de respuestas breves o restringidas y de completamiento de frases). Las primeras preguntas permiten caracterizar la población estudiada al explorar variables epidemiológicas como: sexo, edad, raza, nivel escolar y ocupacional y la comorbilidad.

Las restantes interrogantes hacen referencia a otras variables de las que también depende, en buena medida, el control de esta enfermedad, entre las que se hallan: los hábitos tóxicos y otros factores de riesgo individuales que inciden en la enfermedad, el actual esquema de tratamiento antihipertensivo y su cumplimiento, así como el nivel de información del paciente acerca de su padecimiento. Para esta última variable se reservan las cinco últimas preguntas, las que se elaboraron de forma organizada y sistematizada para lograr la información deseada.

Una vez respondido el cuestionario se procedió a medir y tallar al paciente. Se determinó el índice de masa corporal (IMC) y las cifras actuales de presión arterial, empleando el procedimiento o técnica adecuada, las que permitieron conocer el estado de control de la enfermedad en el momento de la investigación.

Recursos materiales:

- 1- Esfigmomanómetro (bien calibrado) y estetoscopio.
- 2- Pesa.
- 3- Tallímetro.

La información se procesó de forma automática, utilizando una computadora Pentium IV, por medio del sistema Excel y el sistema estadístico INSTAT, que permitió realizar un análisis bivariado al tratarse de 2 variables (a través de la prueba de t para medias aritméticas). Para las variables cualitativas se utilizó además un análisis univariado

con distribuciones de frecuencia. Para las variables cuantitativas se realizó el cálculo de porcentaje y media aritmética.

RESULTADOS

En la investigación predominaron los hipertensos del sexo femenino representando el 68,75 % (n=44), mientras los hombres son 22, para el 31,25 % de la muestra. Prevalció el grupo de pacientes hipertensos con edades de 68 años y más, representando el 39,06 %, seguido del grupo de 58 a 67 años, para el 23,44 %.

Con relación a la raza, predominaron francamente los hipertensos negros con el 60,93 % (n=39) de la muestra. De ellos 20 son mujeres y 9 son hombres. Los hipertensos de la raza blanca constituyen el restante 39,07 % (n=25). De ellos 20 son féminas y 5 son del sexo masculino.

El nivel escolar es un elemento a considerar debido a su influencia en el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y en particular del tratamiento antihipertensivo. En la investigación, el 34,37 % (n=22) alcanzó la secundaria básica, seguido en orden de frecuencia por el nivel primario terminado (32,81 %), el preuniversitario (26,56 %), y finalmente los universitarios (6,26 %).

Solo 29 hipertensos mantienen vínculo laboral representando el 45,31 %. El restante 54,69 % (n=39) carece de vinculación.

Como se observa en la tabla 1, las enfermedades que más coexisten con la hipertensión arterial en orden de frecuencia, son: la obesidad (28,13 %) (n=18), seguida del Asma bronquial (14,06 %) (n=9). Además de la Diabetes mellitus y las enfermedades del corazón con el 7,81 %.

Tabla 1. Pacientes hipertensos con comorbilidad

Comorbilidad	No.	%
Asma bronquial	9	14,06
Diabetes mellitus	5	7,81
Obesidad	18	28,13
Insuficiencia arterial periférica	3	4,69
Dislipidemia	3	4,69
Anemia crónica	2	3,10
Nefropatía	1	1,60

En la tabla 2 se muestra que entre los factores de riesgo individuales asociados a la enfermedad predominó el antecedente familiar, con un 67,19. No existió diferencia significativa entre el grupo de hipertensos controlados y los no controlados, lo que resultó también válido para los restantes factores identificados ($p=0,1394$).

Tabla 2. Factores de riesgo individuales asociados

Factores de riesgo asociados	No.	%
Antecedente familiar de hipertensión	43	67,19
Tabaquismo	35	54,69
Consumo de sal en la dieta	31	48,43
Obesidad	18	28,13
Sedentarismo	18	28,13
Consumo de riesgo alcohólico	8	12,50

Le siguieron, en orden de frecuencia el tabaquismo ($n=35$) y el consumo de sal en la dieta ($n=31$), que representan el 54,69 % y 48,43 % respectivamente. La obesidad y el sedentarismo representaron el 28,13 %, pues ambos factores se identifican en 18 hipertensos. El consumo de riesgo alcohólico se presentó en solo el 12,5 % ($n=8$).

Se constató que la totalidad de los pacientes encuestados tiene indicado al menos un medicamento hipotensor. Como se muestra en la tabla 3, el 71,88 % consume algún tipo de diurético, constituyendo el grupo de fármacos más utilizado. Seguidamente se emplean los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) en el 60,94 %, y finalmente los beta-bloqueantes, los cuales se usan en solo 11 hipertensos, representando el 17,19 %.

Tabla 3. Fármacos hipotensores más utilizados

Fármacos hipotensores	No.	%
Diurético	46	71,88
IECA	39	60,94
Beta-bloqueadores	11	17,90

Se evidenció que el 57,81 % utiliza un esquema combinado de fármacos hipotensores, mientras que el restante 42,19 % emplea un único agente hipotensor, es decir la monoterapia.

El cumplimiento del tratamiento farmacológico se comportó, de forma general, de la siguiente manera. El 42,19 % de los hipertensos estudiados no cumple el tratamiento indicado, y se comprobó que la mayoría (n=20) de ellos se encuentra descontrolada en el momento de realizado el estudio. El restante 57, 81,0 % (n= 37) refiere cumplirlo, hecho que propició que la mayoría (n= 23) se encontrara controlada durante la investigación.

De los 34 hipertensos no controlados, que representan el 53,1 %, la mayoría (n=20) asegura no cumplir el tratamiento antihipertensivo, mientras que los restantes 14 pacientes que representa el 41,18 % (n=14) señalan cumplirlo. De los 30 hipertensos controlados (46,8 %), solo 7 plantean no cumplir el tratamiento medicamentoso, para un 23,33 %, mientras que un mayoritario 76,67 % (n=23), afirma cumplirlo.

El nivel de información de los pacientes encuestados acerca de la hipertensión arterial (entiéndase cifras adecuadas de presión arterial, la técnica correcta para su medición, los factores de riesgo asociados, signos y síntomas de alarma o descompensación y complicaciones más frecuentes), resultó insuficiente en 44 hipertensos, que representan el 68,75 % (n=44), de los cuales más de la mitad (n=25) se encuentra descontrolada en el momento de realizado el estudio. El nivel de información fue minoritariamente suficiente; con solo el 31,25 % (n=20) aprobado.

Finalmente, el estudio reportó que en la mayoría (n=34) de los pacientes estudiados la hipertensión arterial no está controlada. Solo en el 53,1 % (n=30) esta enfermedad permanece controlada.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se constató un ascenso del número de casos con hipertensión arterial proporcional al incremento de la edad. A partir de los 65 años la incidencia de esta enfermedad muestra un notable aumento.

La frecuencia de la hipertensión en el adulto se eleva con el transcurso de los años, mostrando una alta prevalencia en la población senescente. Debido al proceso de envejecimiento ocurren múltiples cambios en el organismo humano entre los que se destaca la pérdida de la elasticidad de las arterias, que provoca una mayor tensión en sus paredes al paso de la sangre, la que se incrementa por el proceso de aterosclerosis.

La edad también contribuye al pronóstico de esta afección, pues mientras más temprano debute la hipertensión el pronóstico del paciente es más sombrío, debido a que también surgirán precozmente las complicaciones, y en consecuencia se reduce la esperanza de vida.⁵ En un estudio⁶ de tipo epidemiológico realizado en Venezuela en el año 2007, se encontró que el grupo de pacientes más afectado por la hipertensión arterial fue el comprendido entre los 61 y 70 años de edad, independientemente del sexo, con un total de 169 hipertensos que representaron el 28,07 % de la muestra. En España, luego de un estudio⁷ realizado por varios autores se encontró que el 68 % de la población que sobrepasaba los 60 años mostraba niveles de presión arterial por encima de 140/90 mmHg.

La literatura médica consultada ^{6,7} refiere que pertenecer al sexo masculino constituye un factor de riesgo para la hipertensión arterial. Los hombres entre los 35 y 40 años exhiben una mortalidad por esta enfermedad de 4 a 5 veces mayor que la mujer. Esta diferencia desaparece con la menopausia, en concordancia con la disminución de los estrógenos, cuyo efecto vasodilatador periférico es bien conocido, es por esto que en la mujer posmenopáusica existe mayor prevalencia de hipertensión arterial. ⁸

Al culminar el año 2010 en nuestro país existía un total de 202,7 hipertensos por cada 1 000 habitantes, con un franco predominio del sexo femenino, que mostró una tasa de prevalencia de 219,8; mientras que en los hombres se constató una tasa inferior, de 185,5. ⁹ En la investigación, en correspondencia con lo anteriormente planteado, predominaron los hipertensos del sexo femenino, representando el 68,75 %.

La literatura consultada ^{2,6} asegura que la hipertensión arterial es más frecuente y severa en los individuos de raza negra. Nuestro resultado se corresponde con dicha afirmación. En un estudio realizado en Cuba por Hernández Cisneros ¹⁰ y colaboradores a nivel nacional, se encontró que también predominaron los hipertensos de la raza negra. En estudios ^{6,11} realizados en otros países, se ha demostrado una mayor predisposición de las personas de la raza negra a padecer esta enfermedad y un pronóstico menos afortunado, dada la gravedad de la repercusión sobre los órganos diana; por ejemplo, se ha señalado que la insuficiencia renal terminal en los pacientes hipertensos se presenta 17 veces con más frecuencia en negros que en blancos.

En un intento por explicar las diferencias raciales, se han emitido varias hipótesis que involucran alteraciones genéticas, mayor hiperactividad vascular y sensibilidad a la sal, así como una actividad reducida de la bomba sodio-potasio-ATPasa, anomalías de los cotransportes sodio-potasio y sodio-litio, una baja actividad de sustancias endógenas vasodilatadoras, dietas con alto contenido de sal, tabaquismo y el estrés sociocultural que condiciona el racismo. ¹²

Diversos estudios ^{6,7,11} realizados en España, México y otros países latinoamericanos, han evidenciado que la ocupación influye gradual y significativamente sobre la elevación de las cifras de presión arterial, condicionado por situaciones de estrés mantenido, el sentido de responsabilidad y las constantes preocupaciones a las que se somete un individuo diariamente, todo ello genera crisis de ansiedad sostenida, la cual influye sobre el sistema nervioso simpático, produciendo un aumento de catecolaminas plasmáticas que conlleva a un estado de hiperreactividad vascular y a un aumento del tono simpático, con el consiguiente ascenso de la presión arterial.

Se plantea que uno de los grupos sociales más propensos a la hipertensión arterial son los jubilados debido a que su actividad física diaria es mínima. ^{6,11} La inactividad física es perjudicial para la salud en general, ya que propicia la inmovilización de colesterol y ácidos grasos libres y por consiguiente su acumulación en el organismo, lo que conlleva a la dislipidemia y favorece la aterosclerosis.

El principal factor de riesgo individual identificado en los pacientes estudiados fue el antecedente familiar de hipertensión arterial. Este resultado coincide con estudios ^{10,11} realizados, en los que se plantea que dicha enfermedad es 3,8 veces más frecuente en aquellas personas con antecedentes familiares de primer grado de hipertensión.

El riesgo de ser hipertenso se estima en 25,0 % en caso de que un progenitor lo sea, y aumenta al 50,0 % si ambos los son. La base genética explica el 30,0 % de la variabilidad poblacional de la presión arterial, mientras que la distribución familiar de factores socioculturales explica el 20,0 % de esta variabilidad. Ha sido difícil la

identificación de los genes causantes de la hipertensión arterial y de la enfermedad cardiovascular. ⁷

Estudios experimentales recientes han sugerido una alteración en la información genética al recibirse estímulos específicos del medio ambiente, que facilita su expresión fenotípica, manifestándose la enfermedad. Los genes candidatos potenciales sugeridos son los que afectan el Sistema Nervioso Simpático, el Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, el Sistema Calicreina-Cinina, el gen de la Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA), entre otros. ¹⁰⁻¹¹ La predisposición heredada en esta afección depende entonces de un grupo de genes (herencia poligénica), cuyas expresiones a nivel celular operan sobre los mecanismos de regulación hemodinámica o sobre el mismo aparato cardiovascular, lo cual hace al sujeto más sensible a la influencia de algunos agentes ambientales (ingesta de sodio, estrés, sedentarismo, etc.). ⁷

Por otra parte, el tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. Este nocivo hábito incrementa los niveles de colesterol sérico y eleva la presión arterial por la liberación de noradrenalina de las terminaciones nerviosas adrenérgicas estimuladas por la nicotina. ¹³ Nuestro país es considerado hoy día entre los de mayor consumo per cápita de cigarrillos (más de 2 500 cigarrillos/habitantes/año), realidad similar a la de países europeos que exhiben alta prevalencia del hábito tabáquico, pues entre los adultos fuma el 40,0 %, y en la población adolescente, a los 15 años de edad, alrededor del 52,0 % fuma regular u ocasionalmente. ¹⁰

La comorbilidad es característica de muchos pacientes hipertensos. Algunas enfermedades que suelen concomitar con la hipertensión pueden actuar como factores de riesgo y otras presentarse como complicación de la misma. Aunque la literatura médica consultada ^{6,7,10,11} asegura que la hipertensión arterial suele coexistir más frecuentemente con las enfermedades cardiovasculares o la diabetes mellitus, en la investigación se constató que el trastorno comórbido más frecuente fue la obesidad.

La asociación entre la hipertensión y la obesidad en un mismo paciente genera un mayor riesgo cardiovascular debido a la resistencia insulínica y el hiperinsulinismo que esta puede provocar, acelerando el proceso de aterosclerosis. ¹²

La obesidad es una de las enfermedades más frecuentes en el mundo moderno causada principalmente por los malos hábitos alimenticios y la inactividad física, ocasiona una disminución de la esperanza de vida y es la segunda causa de mortalidad previsible (superada sólo por el consumo de tabaco).

Fue notorio el hecho de que en ninguno de los hipertensos estudiados coexistiera algún trastorno psicopatológico, a pesar de que los desórdenes mentales más frecuentemente asociados a la hipertensión arterial fueron incluidos en el cuestionario aplicado; tampoco se constataron durante la revisión de las historias clínicas individuales.

Como es sabido, la hipertensión arterial es una enfermedad psicósomática, en la que además influyen factores desencadenantes entre los que se destacan el estatus socioeconómico alcanzado por el individuo que refleja su poder adquisitivo, el tipo de personalidad, la tensión emocional mantenida, entre otros de orden psicológico, por ello no se concibe que se excluyera la morbilidad psiquiátrica en esta variable.

El nivel de información acerca de la enfermedad es uno de los elementos necesarios para el adecuado cumplimiento del tratamiento indicado para las enfermedades

crónicas no transmisibles, entre ellas la hipertensión arterial, y para el correcto control y manejo de la misma, así como para evitar la aparición de las complicaciones que pueden surgir del descontrol.

En los pacientes encuestados predominó un nivel de información insuficiente en el 68,75 %. A pesar de toda la información transmitida por los medios de difusión masiva y plegables informativos publicados y colocados en los distintos centros de salud, a todos los niveles, el escaso nivel de información repercute negativamente en el control de cualquier enfermedad.

En cuanto a la terapéutica medicamentosa, desde hace algunos años se aboga por el tratamiento individualizado y personalizado. A nivel mundial se considera que entre el 65 y 75 % de los pacientes hipertensos deben ser tratados con al menos un medicamento hipotensor. En Cuba entre el 75 y 79 % de la población hipertensa cumple con este criterio.¹⁰

Los medicamentos hipotensores más utilizados en la población cubana son los diuréticos (entre ellos la clortalidona en el 56,0 % e hidroclorotiazida en el 37,0 %), seguidos por los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), donde se destacan el Captopril en el 50,4 % y el Enalapril en el 48,5 %. Ambos grupos de fármacos antihipertensivos se utilizan en el 75,0 % de los pacientes ya sea en monodosis, o combinados.¹⁰

Este planteamiento se corresponde con lo hallado en la presente investigación. En la publicación Antihipertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack (ALLHAT)¹⁴ se plantea que los diuréticos han sido virtualmente insuperados en la prevención de las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión arterial. Según el Séptimo Reporte de hipertensión arterial,² los diuréticos tipo tiazida deberían ser usados como terapia inicial en la mayoría de los hipertensos, de manera aislada o en combinación con agentes de las otras clases que hayan demostrado ser beneficiosos.

En estudio⁶ realizado en la hermana nación de Venezuela se observó que un 63,95 % (n=385) llevaba un tratamiento irregular, a pesar de que la mayoría (38,70 %) contaba con seguimiento y control médico. El 21,93 % (n=132) refirió no llevar ningún tratamiento, aunque la totalidad acude a control médico periódico. Sólo el 14,12 % (n=85) refiere llevar un tratamiento continuo y control médico adecuado.

En la investigación la mayoría (57,81%) de los hipertensos cumple el tratamiento hipotensor indicado, lo que traduce una adecuada adherencia a este tipo de tratamiento.

Una de las principales causas del bajo porcentaje de pacientes hipertensos adecuadamente controlados en España radica en el deficiente cumplimiento de los tratamientos indicados, que puede estar en torno a un 50,0 % para los medicamentos y a un 80,0 % para las medidas no farmacológicas; a lo que se añade la información insuficiente de los médicos de la Atención Primaria de Salud.⁷

En Cuba, el 31,5 % de los pacientes hipertensos utiliza un solo medicamento hipotensor, es decir, la monoterapia, mientras que el restante 68,5 % emplea más de un medicamento hipotensor (terapia combinada).⁶ Muchos autores^{15,16} manifiestan que para lograr el control de la tensión arterial se necesita utilizar más de un medicamento, dicho planteamiento se corresponde con lo hallado en la presente investigación en la que el 57,81 % de los hipertensos usa un esquema combinado de fármacos hipotensores.

En este estudio, más de la mitad (53,12 %) de los hipertensos encuestados exhibe actualmente cifras de tensión arterial acorde a los parámetros establecidos, lo que indica un buen control. La literatura revisada¹⁵ asegura que en numerosos países solo está controlado entre un 9,0 y 32,0 % de la población hipertensa adulta.

En estudio¹⁰ realizado acerca de la epidemiología de la hipertensión arterial en la población cubana en el año 2009, se plantea que entre el 26,0 y 35,0 % de los hipertensos no están controlados, a pesar del tratamiento indicado en el 75,0 % de estos pacientes. Ello está determinado, en gran medida, por el no cumplimiento de las indicaciones dadas en los servicios de salud.

CONCLUSIONES

La herencia constituyó el principal factor de riesgo individual. Se demostró una relación directamente proporcional entre el control de la hipertensión, el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el nivel de información del paciente acerca de su enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. [en línea]. 2002 [consultado 2010 dic 9]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf aprox. 3 pantallas
2. Pereira Molina R., Pérez Canales M. Séptimo Informe del Joint National Comitee sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial; 2003. [En línea]. Disponible en: <http://www.JNC-7> en español.htm. [Octubre 2006]. Aprox.4 pantallas Consultado 2012 abril 9
3. Motz Straue, B, Sceler Leschke M. The heart in hypertension. Textbook of hypertension. Edit Blackwell Science. Oxford; 2011: 712 -31.
4. Wilhelmsen, LI. Heart failure in the general population of men - morbidity, risk factors and prognosis. J Intern Med. 2001;249: 253 - 261.
5. Millicent, H. Epidemiology and prevention of Coronary Heart Disease in Familias. The NEJM. 2009;108 (5): 387 - 400.
6. Velasco Hernández R. Hipertensión Arterial en Venezuela. Manual de Hipertensión Arterial al día. Edit Interamericana Mc Graw - Hill Interamericana. 2001:3 - 28.
7. Marrugat J, Solanas P, D'agpstino R, Sullivan L, Ordovás J, Cordón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. Rev Esp Cardiol. 2003; 56: 253-261.
8. Navarro Despaigne D, Lesdema Osorio Y. Menopausia, hipertensión arterial y terapia de reemplazo hormonal. Instituto Nacional de Endocrinología [publicación en línea]. 2003 [consultado 2011 ene 7]; 14(1): [aprox. 8 pantallas.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_1_03/end04103.htm

9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud. Anuario Estadístico 2010. [en línea].2010 [consultado 2010 dic 3]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2010/04/anuario-2009e3.pdf>
10. Hernández Cisneros F. Mena Lima A. Rivero Sánchez M. Socorro González A. Hipertensión arterial, comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. Rev Cubana de Med Gen Integ. 2010 [Consultado 2012 junio 4], 12(2): 145-149. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/>.
11. Velázquez Moreira O. Hipertensión Arterial en México: Resultados de la encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Mex 2002; 72: 71-84.
12. Roca Goderich R. Temas de medicina Interna. Tomo I. Cuarta Edición. La Habana. 2002: 325-358.
13. López García Aranda V, García Rubira JC. Tabaco y cardiopatía isquémica. Programas de control del hábito. En: Maroto JM, De Pablo C, Artigao R, Morales MD, editores. Rehabilitación Cardíaca. Barcelona: Olalla Ediciones. 2008; 103-116.
14. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA. 2002;288:2981-97.
15. Orduñez García P. Éxito en el control de la hipertensión en un escenario de pocos recursos: la experiencia cubana. Journal of Hypertension. 2006; 24:845-49.
16. Puigventós Latorre F. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. Med Clin 2007; 109(18): 702-6.

Recibido: 4 de septiembre de 2013.

Aprobado: 26 de octubre de 2013.

Dr. Luis Manuel Hernández Vázquez. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico Docente "Ana Betancourt", municipio Playa, La Habana, Cuba. luisma1820@infomed.sld.cu