

Percepción de los médicos de atención primaria de salud sobre el riesgo de hipertensión arterial en la infancia

Primary health care physicians' perceptions of the blood hypertension risks in childhood

MSc. Dra. Raquel González Sánchez, MSc. Dr. René Llapur Milián, MSc. Lic. Juana María Jiménez Hernández, MSc. Dra. Addys Sánchez Pompa

Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial en el niño se ha incrementado, relacionada con el aumento de la obesidad y los hábitos de vida inadecuados de niños y adolescentes. Se hace necesario que todo el personal de la salud, incluyendo a los médicos, tengan una buena preparación en conocimientos sobre hipertensión arterial infantil.

Objetivo: caracterizar la percepción de riesgo que tienen sobre la hipertensión arterial infantil los profesionales de la medicina.

Métodos: se realizó un estudio exploratorio con los médicos y alumnos del último año de la carrera de un área de salud del municipio Centro Habana, en el período del 1ro. de octubre de 2009 al 31 de marzo de 2010, en el que se utilizaron técnicas de investigación cualitativa como observación participante, cuestionario cualitativizado y criterio de expertos (técnica DELPHI).

Resultados: la percepción de riesgo de hipertensión arterial en los niños no es la adecuada, la mitad de los profesionales consideran que la medición de la tensión arterial debe hacerse a partir de la adolescencia, no se identifican claramente todos los factores de riesgo ni los percentiles de tensión arterial utilizados para el diagnóstico de la hipertensión arterial y prehipertensión, así como el tamaño adecuado del esfigmomanómetro en el niño.

Conclusiones: no hay una buena percepción de riesgo de hipertensión arterial como enfermedad que comienza desde la niñez, y se debe continuar la preparación de los profesionales de la medicina en hipertensión arterial infantil para realizar un diagnóstico temprano.

Palabras clave: percepción de riesgo en profesionales, hipertensión arterial infantil.

ABSTRACT

Introduction: blood hypertension in the child has increased, due to growing obesity and inadequate life habits in children and adolescents. It is necessary that the health staff including physicians have good knowledge about blood hypertension at pediatric ages.

Objectives: to characterize the blood hypertension risk perception of the health professionals.

Methods: an exploratory study was conducted in physicians and 6th year medical students from a health area of Centro Habana municipality, from October 1st, 2009 to March 31st, 2010. To this end, the qualitative research and participating observation techniques as well as the qualitative questionnaire and expert criteria (DELPHI technique) were used.

Results: the blood hypertension risk perception in children was not adequate; half of the professionals considered that blood pressure should be measured at adolescence; neither all risk factors, blood pressure percentiles for the proper diagnosis of blood hypertension or pre-hypertension nor the adequate sphygmomanometer size for children were clearly identified by them.

Conclusions: the blood hypertension risk perception as a possible disease beginning at childhood is poor, so the preparation of health professionals in management of infant blood hypertension must continue in order to make an early diagnosis.

Key words: risk perception of professionals, infant blood hypertension.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo modificables encontrados con mayor frecuencia en los pacientes con enfermedades cardiovasculares y aterosclerosis en los países desarrollados y en Cuba, solamente superado por el sobrepeso corporal.^{1,2} Aunque su prevalencia en la niñez y la adolescencia es de un 3 a 5 % (no comparable con la vida adulta), es de suma importancia hacer el diagnóstico en esta etapa de la vida para evitar que la hipertensión se haga crónica y prevenir las complicaciones tempranas.³⁻⁵

Junto al incremento de la obesidad en proporciones epidémicas en los últimos años que incluye a la población infantil, se estima que existe un incremento de las comorbilidades, como la HTA, la diabetes mellitus y las dislipidemias.^{5,6}

El *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), realizado en Estados Unidos, demostró que los niveles de presión arterial sistólica y/o diastólica se han incrementado en relación con las pasadas décadas, la presión sistólica tuvo un incremento de 1,4 mmHg en 1999-2000 comparado con 1988-1994, y la diastólica de 3,3 mmHg en el mismo período, incremento atribuido a la obesidad, particularmente, entre los mexicanos-americanos.⁷

Una cifra no despreciable de niños y adolescentes que comienzan su atención en una consulta de HTA infantil con diagnóstico de hipertensión arterial esencial o primaria, desde su primera consulta, han presentado hipertrofia ventricular izquierda (HVI) como manifestación de afectación de órgano diana. Este hecho traduce que el diagnóstico, en muchas ocasiones, se hace tardíamente, ya que la HVI se presenta cuando la hipertensión arterial tiene una evolución de al menos 1 año.⁸ Por otra parte, muy pocos

niños en Cuba están registrados en los consultorios médicos como hipertensos, situación que hace pensar que el diagnóstico de la HTA en el niño no se está haciendo tempranamente, y puede ser que no haya una buena percepción de riesgo por los profesionales de la salud, que no la identifiquen como una enfermedad de la niñez, o que no exista conocimiento adecuado acerca del modo de hacer el diagnóstico.

Dada la magnitud del problema que constituye la HTA en el presente y su repercusión en el futuro, se hace necesario que todo médico y personal de la salud que se encuentre vinculado a la atención de pacientes en edades pediátricas, tenga conocimiento de cómo realizar el diagnóstico adecuado de HTA, la medición correcta de la presión arterial e interpretación de las tablas de referencia de percentiles, y establecer un tratamiento preventivo, basado en la modificación de estilos de vida inadecuados, con una adecuada prescripción de medicamentos cuando fuera necesario. Ante este problema nos planteamos la pregunta siguiente: ¿tienen los médicos que trabajan en la Atención Primaria de Salud una adecuada percepción de riesgo e información sobre la hipertensión arterial infantil? El presente estudio se diseñó con el objetivo de caracterizar la percepción de riesgo que tienen, sobre la HTA infantil, los médicos de un área de salud de Ciudad de La Habana.

MÉTODOS

Se realizó una investigación exploratoria, de corte transversal, en un área de salud del municipio Centro Habana, en el período del 1ro. de octubre de 2009 al 31 de marzo de 2010. El universo de estudio coincidió con la muestra, y estuvo constituido por 30 profesionales médicos de esa institución que cumplieran con los criterios de inclusión. Se incluyeron, además, a los estudiantes de 6to. año de la carrera de medicina por estar cursando el internado, condición que les permite brindar asistencia médica en los consultorios médicos directamente con la población. Los criterios de inclusión fueron: médicos, incluyendo al internado del policlínico seleccionado, que se encontrara trabajando en el momento de realizar la investigación y dieran su consentimiento informado.

Las principales variables estuvieron relacionadas con la categoría ocupacional, docente e investigativa, así como la experiencia profesional y capacitación en HTA en los últimos 5 años de los profesionales entrevistados, y las relacionadas con la percepción de riesgo e información necesaria para el diagnóstico y tratamiento adecuado de la HTA infantil. Se utilizaron técnicas de investigación cualitativa como: observación participante, cuestionario cualitativizado y técnica DELPHI (criterio de expertos).

La observación participante se realizó previa al estudio, y se tomó como premisa, al tener como observación la no medición de la presión arterial y bajo diagnóstico de HTA en la edad pediátrica. El cuestionario cualitativizado se les aplicó a los profesionales participantes en la investigación, con la posibilidad de brindar más información por la inclusión de preguntas abiertas, y fue validado con un número pequeño de profesionales y sometido a criterio de expertos.

El análisis de contenido se realizó manualmente a partir del análisis cualitativo de los atributos nominales, mediante la reducción de los datos, con identificación de las respuestas más frecuentes y respuestas únicas, que, por su importancia, debieran señalarse. A partir de las variables cuantitativas se confeccionaron tablas con frecuencias absolutas y relativas para la mejor comprensión.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos propios de las investigaciones con seres humanos, como el respeto a la autonomía, la beneficencia y no maleficencia, y se pidió

el consentimiento informado de los participantes, con el compromiso de no hacer públicos los datos de manera individual, respetar la individualidad y la posibilidad de no participar en la investigación si así no lo deseara, sin ocasionarle ningún perjuicio desde el punto de vista docente asistencial.

RESULTADOS

Se encuestaron 30 profesionales de la medicina de un área de salud del municipio Centro Habana, que incluyeron a 25 médicos y 5 estudiantes de 6to. año de la carrera que estaban realizando el internado en los consultorios médicos, y de los 30 profesionales la mayoría (63,3 %) eran especialistas (tabla 1).

Tabla 1. Profesionales de medicina según categoría ocupacional

| Categoría | Frecuencia | % |
|-------------------|------------|-------|
| Internos | 5 | 16,7 |
| Médicos generales | 3 | 10,0 |
| Residentes | 3 | 10,0 |
| Especialistas | 19 | 63,3 |
| Total | 30 | 100,0 |

El 56,0 % no tenía categoría docente, y de los que ostentaban la categoría, el mayor porcentaje fue de instructores con un 40,0 %. De ellos, 5 tenían la categoría de máster y la mayoría de los graduados tenían 10 años o más de experiencia en su ejercicio (tabla 2).

Tabla 2. Profesionales de medicina según experiencia profesional

| Años de graduado | Frecuencia | % |
|------------------|------------|-------|
| Internado | 5 | 16,7 |
| < 3 años | 4 | 13,3 |
| 3 a 5 años | 2 | 6,7 |
| 6 a 9 años | 3 | 10,0 |
| 10 o más años | 16 | 53,3 |
| Total | 30 | 100,0 |

El lugar más frecuente de prestación de asistencia fueron el consultorio médico (66,7 %) y el cuerpo de guardia (20,0 %), el resto ocupaban cargos administrativos (13,3 %). Más de la tercera parte de los profesionales habían recibido capacitación en los últimos 5 años. La mayoría de los capacitados habían recibido el Curso Nacional de Hipertensión Arterial, que se impartió en el año 2009.

La pregunta relacionada con la existencia de HTA en el niño fue respondida afirmativamente por todos los profesionales. La etiología de la HTA como causa más frecuente (la secundaria), fue interpretada como adecuada por 16 profesionales, para un 53,3 %, y no estuvieron de acuerdo con esta afirmación 14 (46,7 %). La mitad de los

encuestados opinó que la tensión arterial debe tomarse a partir de los 3 años de edad, y el resto estuvo repartido por las demás edades, incluyendo el 10,0 %, que no supo decir a qué edad se debería medir (tabla 3).

Tabla 3. Edades apropiadas para la medición arterial según criterio de los profesionales de la medicina

| Edad apropiada para la medición de la tensión arterial | Frecuencia | % |
|--|------------|------|
| 3 años | 15 | 50,0 |
| 12 años | 9 | 30,0 |
| 15 años | 3 | 10,0 |
| No respuesta | 3 | 10,0 |
| Total | 30 | 100 |

Algunos criterios relacionados con las edades en que se debe registrar la tensión arterial fueron: "en los niños de 3 años debido a que la hipertensión aparece desde edades tempranas", "existe hipertensión en los niños" y "deben diagnosticarse precozmente las lesiones de órganos diana"; en los de 12 años porque "la pubertad produce cambios hormonales" y "a esta edad puede presentarse la nefritis"; y en los de 15 años "por los cambios de la adolescencia".

En relación con las condiciones del esfigmomanómetro para medir la presión arterial en el niño, las respuestas más frecuentes fueron: "adecuado al brazo", "brazalete más pequeño", "esfigmomanómetro pediátrico", "más pequeño que del adulto", "que esté en buenas condiciones". Solamente respondieron adecuadamente 2 de los encuestados, que señalaron que debería ocupar las dos terceras partes de la longitud del brazo, y 1 que ocupara las tres cuartas partes del brazo. Solamente 2 personas (6,7 %) respondieron de manera acertada cuáles son los parámetros que se tienen en cuenta para el diagnóstico de la HTA en los niños, que corresponden a la edad, el sexo y la talla (46,6 % respondió edad, sexo y peso; 30 % edad y peso; y 16,7 % edad y sexo). El 20 % respondió adecuadamente el percentil de HTA y el 23,3 % el de prehipertensión (tabla 4).

Tabla 4. Percentil de tensión arterial adecuado para el diagnóstico de la hipertensión y prehipertensión arterial utilizados según criterio de los profesionales de la medicina

| Percentiles de hipertensión arterial | No. | % |
|--------------------------------------|-----|------|
| 75 | 5 | 16,7 |
| 90 | 16 | 53,3 |
| 95 | 6 | 20,0 |
| 99 | 2 | 6,7 |
| No responde | 1 | 3,3 |
| Percentiles de prehipertensión | No. | % |
| 75 | 18 | 60,0 |
| 90 | 7 | 23,3 |
| 95 | 3 | 10,0 |
| 99 | 0 | 0,0 |
| No responde | 2 | 6,6 |

El 86,7 % manifestó que la hipertrofia ventricular (HV) se presenta solamente en la adultez. Los factores de riesgo más reconocidos fueron: el sobrepeso y la obesidad, los antecedentes familiares de HTA y las comidas con sobrecarga de sal. Solo el 46,7 % de los encuestados identificaron el hábito de fumar como un factor de riesgo de HTA, y muy excepcionalmente se hizo corresponder el bajo peso al nacer con la HTA (tabla 5).

Tabla 5. Factores de riesgo de hipertensión arterial según criterio de los profesionales de la medicina

| Factores de riesgo | Frecuencia | % |
|--------------------------------|------------|-------|
| Sobrepeso y obesidad | 30 | 100,0 |
| Hábito de fumar | 14 | 46,7 |
| Antecedentes familiares de HTA | 26 | 86,7 |
| Práctica de ejercicio físico | 13 | 43,3 |
| Estrés | 9 | 30,0 |
| Enfermedades renales | 25 | 83,3 |
| Comidas con sobrecarga de sal | 23 | 76,7 |
| Bajo peso al nacer | 4 | 13,3 |

La mayoría de los profesionales (83,3 %) están de acuerdo en que no todos los niños necesitan medicamentos para tratar la HTA. El 53,3 % identificó a los diuréticos como medicamentos más utilizados en los niños, el 36,7 % los betabloqueadores, el 20,0 % los inhibidores de la enzima convertasa, y el 13,0 % no identificaron ninguno. Las medidas como parte del tratamiento no farmacológico mencionadas fueron adecuadas, el 90,0 % mencionó 3 o 4 medidas, el 6,6 % 1 sola medida y 3,3 % ninguna. Se expusieron 2 respuestas que por su singularidad se hace referencia a ellas, como fueron: "consumir 1 litro de agua y de leche diario" y "tener una diuresis adecuada".

DISCUSIÓN

Esta investigación se desarrolló en un escenario de la Atención Primaria de Salud, por considerarse el lugar idóneo para evaluar la percepción de riesgo de HTA y sus factores de riesgo, ya que estos profesionales son los que tienen mayor acceso a la población en general, y están dentro de sus misiones la prevención primaria de las enfermedades y sus complicaciones.

La HTA es una de las enfermedades del adulto que comienzan desde la niñez, y su mejor prevención es en la etapa de la niñez y la adolescencia, por lo que es de gran importancia tener conocimiento sobre esta, y llevar a la práctica la pesquisa de HTA desde etapas tempranas de la vida.

La composición de los profesionales que fueron encuestados pudiera corresponderse con otros escenarios de la Atención Primaria de Salud en relación con las categorías profesionales. La percepción de riesgo relacionada al responder la pregunta de si hay hipertensión arterial en el niño fue excelente, pues la respuesta fue afirmativa en todos los casos, sin embargo la edad de 3 años como la adecuada para iniciar la medición de la tensión arterial en los niños, fue respondida solamente por la mitad de los encuestados, y el resto opinó que debería hacerse más tardía, hecho que indica que no hay una verdadera percepción de HTA en la niñez, sino a partir de la adolescencia.^{5,9}

En investigación realizada en Argentina recientemente, se analizaron los registros de tensión arterial en historias clínicas electrónicas de niños y jóvenes entre 3 y 20 años de edad, y se encontró solo 1 de cada 3 pacientes con registros de tensión arterial en la historia clínica, y el 50 % de los médicos de cabecera registraba la tensión arterial en el 9 % o menos de sus pacientes, lo cual demuestra que no se realiza su medición como debiera hacerse desde la niñez.¹⁰

Más de la mitad de los profesionales encuestados mantienen el criterio que la HTA en el niño es, en la mayoría de los casos, secundaria, criterio que prevalecía hace ya algunos años. Con certeza, en el estudio de la HTA en los niños se debe insistir en descartar las causas secundarias como parte de la evaluación, y sospechar con mayor fuerza en los niños de menor edad, preescolares y lactantes, con HTA grado 2, o que tengan estigmas de enfermedades que puedan ser causa de esta afección.⁵

Sin embargo, por los estilos de vida inadecuados, con la disminución de la actividad física, y el incremento de las comidas con exceso de sal y gran contenido en energía, unido a la obesidad, la HTA esencial en los niños ha ido en aumento.^{11,12} Por otra parte, con la inclusión de la medición de la presión arterial en la asistencia pediátrica y la publicación de valores de referencia de tensión arterial en niños, se ha detectado un mayor número de niños con incrementos moderados de presión arterial, que confirma la existencia de HTA esencial en la edad pediátrica con mayor frecuencia de lo que se creía, por lo que la HTA primaria en los niños actualmente se considera la forma más frecuente de hipertensión,¹³ sobre todo, en los escolares y adolescentes con sobrepeso corporal y antecedentes familiares de hipertensión.

Uno de los aspectos explorados de la HTA en el niño fue la HVI en la infancia, como afectación de órgano diana. No se reconoció, por la mayoría de los profesionales encuestados, esta complicación en el niño, sin embargo existen estudios que prueban se presenta muchas veces en la HTA infantil.^{8,14}

Al analizar las respuestas acerca de cómo hacer el diagnóstico con la selección del percentil de tensión arterial que define la hipertensión y prehipertensión, que a su vez limita las cifras de normalidad, no están claras, lo que incide directamente en el conocimiento suficiente para hacer un diagnóstico adecuado. Esto se considera de importancia por los autores, teniendo en cuenta que las tablas de referencia de tensión arterial del IV Reporte de Hipertensión Arterial en Niños y Adolescentes,⁵ con la explicación de cómo utilizar estas tablas, se encuentran en la Guía Cubana para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial de 2008,⁹ disponible en la página de Hipertensión Arterial de Infomed, y fueron distribuidas las guías impresas por todos los policlínicos del país en el año 2009.

Además, al preguntar sobre las características que debe tener el esfigmomanómetro para tomar la tensión arterial en los niños, un número importante de profesionales no respondieron adecuadamente, por lo que opinamos que no tienen una buena preparación para diagnosticar la HTA a estas edades.

En investigación realizada recientemente en Estados Unidos por *Boneparth, Flynn* y otros, al evaluar el cumplimiento de las indicaciones del IV Reporte de Hipertensión en el Niño, llegaron a la conclusión de que no existe un buen entrenamiento en la práctica médica pediátrica para la evaluación y tratamiento de la HTA, y debe continuarse con la capacitación en este tema,¹⁵ resultados muy similares a los encontrados en el presente estudio.

Fueron identificados algunos factores de riesgo por los encuestados como la obesidad, los antecedentes familiares y las comidas con sobrecarga de sal; sin embargo, se señalan también como factores de riesgo de HTA esencial las enfermedades renales, que se conocen como causa secundaria de hipertensión o consecuencia de la hipertensión a largo plazo, y no se observan con frecuencia en niños, así como la práctica de ejercicio físico, que no es factor de riesgo y sí lo es el sedentarismo. También se identificó por un número insuficiente de profesionales el hábito de fumar, hábito tóxico que, de forma activa o pasiva, se relaciona directamente con las enfermedades cardiovasculares, así como el estrés y el bajo peso al nacer, que constituye, este último, un factor de riesgo de aterosclerosis y HTA.

El enfoque de que no todos los niños necesitan del tratamiento farmacológico para controlar las cifras de presión arterial resultó adecuado en la mayoría de los profesionales, sin embargo los inhibidores de la enzima convertasa se situaron en el último lugar a la hora de seleccionar los medicamentos más utilizados, sin embargo este grupo de medicamentos constituye un arma valiosa en el tratamiento de la hipertensión en los niños.

Se concluye que no hay una buena percepción de riesgo de la HTA como enfermedad que comienza desde la niñez, y se debe continuar la preparación de los profesionales de la medicina en HTA infantil para realizar un diagnóstico temprano.

Agradecimientos

Nuestro especial agradecimiento a *Aurelio Varona Berdial* y *Ángel Ernesto Sánchez Artiles*, estudiantes de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García", por su inestimable cooperación en la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robinson JG, Fox KM, Bullano MF, Grandy S. Atherosclerosis profile and incidence of cardiovascular events: a population-based survey. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2009;9:46.
2. Grupo de Hipertensión Arterial. Manual de Hipertensión Arterial en la Práctica Clínica de Atención Primaria. Andalucía: Sociedad Andaluza de Medicina de Familia; 2006.
3. Aregullin-Eligio EO, Alcorta-Garza MC. Prevalencia y factores de riesgo de hipertensión arterial en escolares mexicanos: caso Sabinas Hidalgo. *Salud Pública Mex*. 2009;51:14-8.
4. Falkner B. Hypertension in children and adolescents: epidemiology and natural history. *Pediatr Nephrol*. 2010 July;25(7):1219-24.
5. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004;114:555-76.
6. Flynn JT. Hypertension in the young: epidemiology, sequelae and therapy. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2009;24(2):370-5.
7. Yancey AK, Mc Carthy WJ, Siegel JM, Wong WK, Ward A, Leslie J, González E. Correlation of Obesity with Elevated Blood Pressure Among Racial/Ethnic Minority Children in Two Los Angeles Middle Schools. *Prev Chronic Dis*. 2008 April;5(2):A46.
8. Llapur R, González R, Betancourt A, Rubio Y. Hipertrofia ventricular izquierda y factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes hipertensos. *Rev Cubana Pediatr [serie en internet]*. 2009 [citado 3 de octubre de 2010];81(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312009000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Hipertensión arterial y grupos especiales. En: Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 36-8.
10. Busaniche J, Eymann A, Otero P, Llera J. Análisis de registros de tensión arterial en pacientes de 3-20 años por pediatras en la historia clínica electrónica. *Arch Argent Pediatr*. 2008;106(3):226-30.
11. Lazarou C, Panagiotakos DB, Matalas AL. Lifestyle factors are determinants of childrens blood pressure levels: CYKIDS study. *Journal of Human Hypertension*. 2009;23:456-63.
12. Martínez-Gómez D, Eisenmann JC, Gómez-Martínez S, Veses A, Marcos A, Veiga OL. Sedentarismo, adiposidad y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. Estudio AFINOS. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63(03):277-85.
13. Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank JK, Dillon MJ, Ferreira I, Invitti C, et al. Manejo de la hipertensión arterial en niños y adolescentes: recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión. *Hipertensión*. 2010;27(2):47-74.

14. Bendersky M, Piskorz D, Boccardo D. Cardiopatía hipertensiva. Rev Fed Arg Cardiol. 2002;31:321-34.

15. Boneparth A, Flynn JT. Evaluation and Treatment of Hypertension in General Pediatric Practice Clinical. Pediatrics. 2009;8(1):44-9.

Recibido: 1º de diciembre de 2011.

Aprobado: 28 de diciembre de 2011.

Raquel González Sánchez. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García".
Avenida de Universidad y calle J, Vedado, municipio Plaza. La Habana, Cuba. Correo
electrónico: jrlapur@infomed.sld.cu