

Policlínico Docente "Dr. Carlos J. Finlay"

Modificación de algunos factores de riesgo en los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad

Modification to some risk factors in patients with hypertension in the community

MsC. Oneida Terazón Miclín,¹ Dra. Katuska Ragolta Mógrave² y MsC. Rafael Laborí Ruiz³

Resumen

Se efectuó una intervención comunitaria durante un trienio (2000-2002) para modificar algunos factores de riesgo de la hipertensión arterial en 135 pacientes mayores de 15 años, dispensarizados en el Consultorio Médico No. 28 del Policlínico "Dr. Carlos J. Finlay" de Santiago de Cuba, de los cuales 100 accedieron a participar en el estudio. En la casuística predominaron el sexo femenino, las edades de 60 años y más, así como los antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial. Tanto el exceso de sal en las comidas como la cocción con manteca de cerdo, el estrés por las situaciones de la vida cotidiana y la no realización de ejercicios físicos se modificaron favorablemente, pero no así el hábito de fumar y la ingestión de alcohol. Al inicio, la tercera parte de los pacientes no estaban controlados, pero esa situación había variado significativamente al final de la intervención, cuando la mayoría de los factores de riesgo habían sido erradicados.

Descriptores: HIPERTENSIÓN; FACTORES DE RIESGO; ESTRÉS; EJERCICIO; ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN; SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA; EDUCACIÓN EN SALUD

Límites: HUMANO; HUMANO FEMENINO, MEDIA EDAD; HUMANO, ANCIANO

Abstract

A community intervention was conducted during a triennium (2000-2002) to modify some risk factors for hypertension in 135 patients over the age of 15, attended in the No 28 doctor's office of "Dr. Carlos J. Finlay" Polyclinic in Santiago de Cuba. From them 100 gave their consent to participate in the study. Female sex, age of 60 years and over, as well as medical family histories of hypertension prevailed in the case material. Excessive salt in foods, cooking with lard, stress for daily living situations and no taking physical exercises were modified favorably, except smoking habit and alcohol consumption. At first, the third of the patients were not controlled, but that situation varied significantly at the end of the intervention, when most of the risk factors had been eliminated.

Subject headings: HYPERTENSION; RISK FACTORS; STRESS; EXERCISE; INTERVENTION STUDIES; COMMUNITY HEALTH SERVICES; HEALTH EDUCATION

Limits: HUMAN; HUMAN FEMALE, MIDDLE AGED; HUMAN, AGED

La hipertensión arterial (HTA) es un padecimiento de alcance mundial y constituye la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones, atendiendo a múltiples factores de índole económica, social, cultural, ambiental y étnica.¹⁻³ Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras afecciones como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal y retinopatías, por

lo que es causa de mortalidad precoz e invalidez en época productiva de la vida, considerada un importante problema de salud pública.

El Estado cubano, dada su preocupación por elevar el bienestar de la población y la calidad de vida, ha venido desarrollando una ardua labor en este sentido y en 1974 el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) elaboró el Primer Programa Nacional para la Prevención y el Control de la Hipertensión Arterial, basado en los criterios y recomendaciones de un proyecto de investigación titulado "Programa para el control comunitario de la hipertensión arterial", donde participó Cuba invitada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en unión de otros 13 países.

El desarrollo alcanzado por la atención primaria en la Isla, así como los adelantos que en los últimos años han experimentado los conocimientos sobre la citada enfermedad, han obligado a la Comisión Nacional de Hipertensión Arterial a realizar diferentes talleres para revisar y actualizar el programa vigente.

En Cuba, la prevalencia estimada se eleva a 2 millones de hipertensos aproximadamente; en el municipio de Santiago de Cuba, a 25 x 100 000 habitantes y en el área de salud del Policlínico "28 de Septiembre, a 13,5 x 10 000 pobladores; no obstante, se considera que existe un gran número de hipertensos no detectados, muchos no tratados y similar cuantía no controlados.

Teniendo en cuenta que los numerosos estudios al efecto han demostrado la asociación de la HTA con enfermedades más letales, así como también que su control reduce la morbilidad y mortalidad por esa causa, de ello se infiere que la prevención de esa condición de riesgo deviene la medida más importante, universal y menos costosa, por lo cual es preciso desarrollar acciones sanitarias de muy diversa naturaleza para lograrlo.

Métodos

Se efectuó una intervención comunitaria durante un trienio (2000-2002) para modificar algunos factores de riesgo de la hipertensión arterial en 135 pacientes mayores de 15 años, dispensarizados en el Consultorio Médico No. 28 del Policlínico "Dr. Carlos J. Finlay" de Santiago de Cuba, de los cuales 100 accedieron a participar en el estudio.

La investigación se desarrolló en 3 etapas: diagnóstica, de intervención propiamente dicha y de evaluación.

- Diagnóstica: Se aplicó la encuesta para determinar los factores de riesgo presentes en la población objeto de estudio.
- Intervención propiamente dicha: Se confeccionó un programa educativo que incluyó elementos clínicos, psicológicos y terapéuticos, aplicados a grupos de 20 pacientes por separado.
- Evaluación: Se tuvieron en cuenta algunos aspectos importantes para promover cambios favorables:
 - Lograr una adecuada educación nutricional, haciendo énfasis en el tipo de grasa de consumo y la cantidad de sal para la preparación de los alimentos.
 - Disminuir el estrés.
 - Incrementar la actividad física.
 - Reducir o eliminar el hábito de fumar.
 - Controlar el peso corporal.
 - Limitar la ingestión de alcohol a niveles no dañinos.

A los 9 meses de finalizada la intervención se aplicó nuevamente la misma encuesta para comparar los resultados posteriores con los anteriores al trabajo educativo.

Resultados

En la casuística, al analizar la relación de los pacientes hipertensos según grupos de edades y sexo, se encontró un predominio de las féminas (66,0 %) y de los de 60 años y más (52,0 %), con 34,0 % entre las ancianas.

Los pacientes de piel negra fueron los más representados (44,0 %), seguidos por los mestizos y blancos, con 35,0 y 21,0 %, respectivamente.

Entre los hipertensos predominaron las amas de casa y los jubilados (56,0 %), pues los trabajadores representaron 44,0 %; los que tenían nivel preuniversitario, 38,0 %; y los que habían cursado la secundaria básica, 30,0 %.

Más de las tres cuartas partes de los pacientes (88,0 %) tenían antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial y 18,0 % eran diabéticos.

Antes de la intervención (**tabla 1**), 56,0 % de los integrantes de la serie consumían mucha sal (tanto cruda a las ensaladas como sin límites en cuanto a la cocción de los alimentos), pero después de esta se logró que 46,0 % utilizara una cantidad normal, lo que sumado a 44,0 % que ingerían alimentos con la proporción adecuada, constituyó 90,0 %; es decir, solo 10,0 % permaneció con un consumo inadecuado, lo cual fue significativo.

Tabla 1. Nivel de sal utilizada para la preparación de alimentos antes y después de la intervención

A n t e s	Nivel de sal	Después				Total	
		Excesivo		Adecuado		No.	%
		No.	%	No.	%		
Excesivo	10	10,0	46	46,0	56	56,0	
Adecuado	0	0,0	44	44,0	44	44,0	
Total	10	10,0	90	90,0	100	100,0	

p < 0,05

Como se muestra en la **tabla 2**, antes del estudio 24,0 % de los pacientes cocinaba con manteca de cerdo y 76,0 % con aceite vegetal; pero finalmente se logró que 17,0 % abandonara el consumo de grasa animal, para 93,0 %; resultado con significación.

Tabla 2. Tipo de grasa para la preparación de los alimentos antes y después de la intervención

A n t e s	Tipo de grasa	Después				Total	
		Manteca de cerdo		Aceite vegetal		No.	%
		No.	%	No.	%		
Manteca de cerdo	7	7,0	17	17,0	24	24,0	
Aceite vegetal	0	0,0	76	76,0	76	76,0	
Total	7	7,0	93	93,0	100	100,0	

p < 0,05

En la casuística, 59,0 % de los pacientes estaban estresados, fundamentalmente por situaciones de la vida cotidiana, pero 33,0 % de ellos eliminaron esa condición; después de la acción educativa, 71,0 % aprendieron a controlar el estrés, lo cual tuvo un valor significativo.

Según se aprecia en la **tabla 3**, se produjeron cambios positivos en cuanto al incremento de la actividad física, pues si bien inicialmente apenas 18,0 % de los participantes practicaban ejercicios físicos, al final se logró que 71,0 % se incorporaran a dicha actividad.

Tabla 3. Realización de ejercicios físicos antes y después de la intervención

A n t e s	Ejercicios físicos	Después				Total	
		No		Sí		No.	%
		No.	%	No.	%		
No	29	29,0	53	53,0	82	82,0	
Sí	0	0,0	18	18,0	18	18,0	
Total	29	29,0	71	71,0	100	100,0	

p < 0,05

En la **tabla 4** se observa que 25,0 % tenían sobrepeso u obesidad, de los cuales 10,0 % recuperaron su peso normal y 15,0 % se mantuvieron en igual categoría; al concluir el estudio, 85,0 % habían adquirido su peso adecuado, lo cual resultó significativo.

Tabla 4. *Pacientes según obesidad o sobrepeso antes y después de la intervención*

A n t e s	Después						
	Obesidad o sobrepeso	Sí		No		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
	Sí	15	15,0	10	10,0	25	25,0
	No	0	0,0	75	75,0	75	75,0
	Total	15	15,0	85	85,0	100	100,0

p < 0,05

En cuanto al hábito de fumar, no se obtuvieron resultados significativos, pero al menos se logró disminuir el número de fumadores a 19,0 %, partiendo de que 34,0 % practicaban ese dañino hábito al inicio de la intervención, por lo cual se estimó que el estudio surtió un efecto positivo.

La modificación del consumo de alcohol tampoco tuvo significación, pero conviene acentuar que 5 % de los pacientes eran alcohólicos; cifra que disminuyó a 4,0 %, pues al menos uno de los participantes reconoció que padecía esa enfermedad y recibió tratamiento de deshabitación, por lo cual se mantiene abstinentemente hasta la fecha.

Al inicio, 78,0 % de los pacientes no estaban controlados (**tabla 5**); pero al final se logró que apenas 7 (7,0 %) continuaran como tales después de la intervención.

Tabla 5. *Control de la tensión arterial antes y después de la intervención*

A n t e s	Controlado	Después				Total	
		No		Sí		No.	%
		No.	%	No.	%		
	No	7	7,0	71	71,0	78	78,0
	Sí	0	0,0	22	22,0	22	22,0
	Total	7	7,0	93	93,0	100	100,0

p < 0,05

Discusión

El principal objetivo del Programa de Atención Integral a la Familia es mejorar el estado de salud de la población, mediante acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente. El equipo básico conformado por el médico y la enfermera de la familia constituye la célula básica para el desarrollo y ejecución de este programa, por su condición de vigilantes de la salud.

Se conoce que en la mujer mayor de 45 años, la HTA eleva su frecuencia, lo que está relacionado con los cambios hormonales. Los estrógenos aumentan la actividad de los receptores de lipoproteínas de baja densidad, lo cual puede declinar con el envejecimiento y, por ende, incrementar las lipoproteínas de alta densidad, que protegen contra las afecciones cardiovasculares y son antiaterogénicas; en la menopausia, al disminuir estas hormonas y aumentar las lipoproteínas de baja densidad, se acrecienta el riesgo de sufrir esas enfermedades.

La HTA constituye el primer factor de riesgo cardiovascular en el anciano y se considera un problema de salud a escala mundial. Su frecuencia se eleva con la edad y después de los 50 años, casi 50 % de la población la padece.¹ Al incrementarse la expectativa de vida de la población cubana, también los ancianos son más numerosos.

De hecho, la frecuencia de HTA resulta mayor en las personas de piel negra, así como la tendencia a formas más graves de evolución. Trabajos realizados en la Universidad Médica de Nueva Orleans han demostrado que existe una estrecha relación entre el color de la piel y la HTA, al registrarse un riesgo mayor de complicaciones de índole cardiovascular y muerte en hipertensos de esta raza, lo que está relacionado con las situaciones socioeconómicas en que vive.³

Para las amas de casa y jubilados, la vida se hace más sedentaria y las tensiones del hogar están presentes a diario, lo cual constituye entonces un factor de riesgo para la HTA y explica el predominio de estos en el estudio.

Los antecedentes patológicos familiares de hipertensión constituyen un aspecto muy importante a tener en cuenta cuando se investiga acerca de la HTA. Sobre el factor genético ejercen influencia situaciones ambientales relacionadas con los estilos de vida no saludables, las cuales generalmente son comunes a los integrantes del núcleo familiar. Se ha descubierto en países como Francia, Nigeria y UTA, un gen del angiotensinógeno en los alelos 174M y 235 TM, así como uno anormal en pacientes con aldosteronismo.

La hiperglucemia crónica influye en la agregación plaquetaria, retención salina, hiperfiltración glomerular de la glucosa y toxicidad endotelial, todo lo cual, a través de diferentes mecanismos, produce rigidez de la pared vascular y aumento de la resistencia vascular periférica, lo que ocasiona HTA.^{4, 5, 10} En esta casuística no predominó esa alteración, pero sí factores de riesgo que pueden conducir a su padecimiento.

Es conocido que la HTA puede prevenirse con una modificación temprana y mantenida del estilo de vida que incluye, entre otras medidas: evitar la ingestión de sodio y alcohol, así como realizar ejercicios físicos regularmente. El consumo de ácidos grasos saturados, como la manteca de cerdo por encima de 10 % de la energía total, es dañino para la salud; la ingestión de grasa de origen vegetal debe ser, por lo menos 50 % de la ingestión total de grasas.

El estrés puede ser inevitable, teniendo en cuenta las situaciones de la vida cotidiana que debe enfrentar el individuo; realmente lo que preocupa a la mayoría de los estudiosos es cómo enfrentarlo, verlo como un reto y no como una catástrofe, pero siempre ha de inculcarse la esperanza de que puede ser enfrentado positivamente.^{6 - 8}

De hecho, la actividad física aumenta el rendimiento intelectual y le proporciona estabilidad a la mente para afrontar situaciones estresantes. El sedentarismo constituye, por sí solo, un factor de riesgo para la salud, pues puede favorecer la aparición de enfermedades como la aterosclerosis, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las hiperlipidemias, la obesidad y el exceso de estrés.⁹

Los resultados obtenidos en este estudio se debieron en gran medida a la incorporación de los pacientes al círculo de abuelos y en otros casos a las caminatas o el uso de bicicleta para asistir a sus centros de trabajo.

Estudios epidemiológicos han revelado que las personas con sobrepeso tienen mayor riesgo de hipertensión y existe una estrecha relación entre peso corporal y presión arterial en reposo.^{10, 11}

En su investigación, Kaplan¹² asevera que en los individuos obesos existe una hiperinsulinemia, especialmente cuando la obesidad afecta de manera predominante al abdomen y a la parte superior del cuerpo. Las cifras elevadas de insulina pueden elevar la presión arterial a través de múltiples mecanismos. Un índice de masa corporal por encima de 27 ha sido relacionado con el aumento de la presión arterial. Es importante lograr la reducción de peso en los pacientes obesos y sobrepeso, a través de la realización de ejercicios físicos y con un régimen dietético adecuado, lo cual fue confirmado también en este trabajo, al lograrse una reducción del peso corporal en un número importante de ellos.

Según la Organización Panamericana de la Salud, el hábito de fumar explica entre 10 - 15 % de las variaciones de la tensión arterial en la población en general. Las enfermedades relacionadas con el tabaco causan más de un millón de muertes anuales, por lo que debe destacarse que cada cigarrillo acorta la vida entre 5 y 6 minutos. La nicotina libera sustancias como la cortisona, que eleva la presión arterial, aumenta la frecuencia cardíaca, contrae todas las arterias del organismo, bloquea el consumo de oxígeno por el músculo cardíaco y aumenta el nivel de grasa en la sangre, que luego se acumula en las paredes de las arterias, las estrecha y endurece hasta producir en el individuo una aterosclerosis temprana, de modo que se incrementa así la frecuencia de afecciones cardiovasculares y otras. Este tóxico aumenta la secreción de catecolaminas y el trabajo cardíaco, la frecuencia del corazón y la tensión arterial. El monóxido de carbono provoca concentraciones de

carboxihemoglobina en la sangre de muchos fumadores hasta 20 %, acrecienta la permeabilidad vascular y produce depósitos de lípidos en las paredes de los vasos.

El abandono del consumo de tabaco es una recomendación obligada para lo hipertensos, cuya aplicación, al igual que las demás medidas no farmacológicas, debe ser paulatina y con ayuda de los medios de soporte necesarios. Esto, a pesar de la importancia que reviste, es difícil de lograr, pues la voluntad del individuo desempeña una función importante, lo cual pudo ser comprobado en esta intervención educativa, donde dejar el hábito fue bastante difícil por parte de los pacientes, sobre todo tomando en cuenta lo arraigado que lo tenían de acuerdo con su edad.

El alcohol representa un importante factor de riesgo para la HTA, asociado a esta, incrementa la probabilidad de enfermedad vascular encefálica y propicia resistencia a la terapia hipotensora. Su efecto presor ha sido demostrado en estudios clínicos, epidemiológicos y experimentales, donde se refleja que la ingestión excesiva y habitual está asociada con el aumento de la presión arterial, la cual desciende cuando se deja de tomar o cuando se disminuye sustancialmente su consumo. El paciente se mantiene normotenso mientras dura la abstinencia.^{13, 14}

Cabe acentuar que cuando el conocimiento se impone como razón y ley de la vida, en el hombre se pueden producir cambios, por muy difíciles que sean las condiciones en que se encuentre. La comunicación plena no solo transmite la información y el mensaje deseado, sino que canaliza sus inquietudes, esclarece las características de los factores de riesgo y enfermedades que ponen en peligro su existencia, así como le hace comprender que la vida debe perdurar como un bien preciado.

Referencias bibliográficas

1. Pérez Caballero D, Cordies Jackson L, Vázquez Vigoa A, Serrano Verdura C. Hipertensión arterial. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. En: Guía para la atención médica. La Habana: MINSAP, 2004.
2. Moliner de la Puente J, Domínguez Sardiña R, González Paradela M, Alfaro Alonso MC, Crespo Safaris G, Rodríguez Fernández J, et al. Hipertensión arterial. Guías Clínicas 2004; 4(34) <http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guia_de_hipertension_arteria_fisterra_.pdf>[consulta: 10 enero 2008].
3. He J, Klag MJ, ASppel LJ, Charleston J, Whelton PK. Seven years incidence of hypertension in a cohort of middle – age african – americans and whites. Hypertension 1998; 31(5): 1130 - 5.
4. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S. Prevalence of hypertension and associate risk factors in Porto Alegre Metropolitan area: populational based study. Arq Bras Cardiol 1994; 63(6):473-9.
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL JR, 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(19):2560-72.
6. Molerio Pérez O, Arce González MA, Otero Ramos I, Nieves Achón Z. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. Rev Cubana Hig Epidemiol 2005; 43(1): 23-9.
7. Sobrino J. ¿Son útiles las técnicas de relajación contra el estrés? En: Coca A, Sierra A de la. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. Barcelona: Jims, 2002:329-33.
8. Jordán MA, Martín MC, Toledo LG. El estrés, la psicoterapia y la entrevista. En: Psicología (folleto complementario). La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1989: 1- 73.
9. Farinatti P, Oliveira R, Pinto VI, Mattos L, Monteiro Wallace D, Francischetti E. Programa domiciliar de ejercicios: efeitos de curto prazo sobre a aptidão física e pressão arterial de indivíduos hipertensos. Arq Bras Cardiol 2005; 84(6): 473-9.
10. Szathmari M, Reusz G, Tulassay T. Low birth weight, adrenal and sex hormones and their correlation with carbohydrate metabolism and cardiovascular physiology, investigated in young adulthood. Orv Hetil 2000; 141(36):1967-73.
11. Cervantes J, Cuauhtémoc A, Aguayo A. Diagnóstico y prevalencia de hipertensión arterial en menores de 19 años en Ciudad de Colima. Salud Pública Mex 2000; 42: 529-32.
12. Kaplan MN. Obesity, insulin and hypertension cardiovascular risk factors. Hypertension 1995; 4: 133-39.
13. Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra N, et al. Temas de medicina interna. 4 ed. La Habana: ECIMED, 2002; 325-51.

Modificación de algunos factores de riesgo en los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad

14. Céspedes Lantigua LA, Castañer Herrera JF, Montalvo Luna JA, Prieto Díaz VI, Gomis Hernández R. Afecciones cardíacas más frecuentes: En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD. Temas de medicina general integral. La Habana: ECIMED, 2001; vol 2: 517-34.

MsC. Oneida Terazón Miclín. Julio Sanguily No. 33, entre Trocha y Primera, reparto Flores, Santiago de Cuba

Dirección electrónica: oneida@medired.scu.sld.cu

¹ **Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesora Auxiliar Policlínico Docente "Dr. Carlos J. Finlay", Santiago de Cuba, Cuba**

² **Especialista de I Grado en Medicina General Integral Policlínico Docente "Dr. Carlos J. Finlay", Santiago de Cuba, Cuba**

³ **Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar Facultad de Medicina No. 1, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba**

Recibido: 14 de octubre del 2008

Aprobado: 25 de mayo del 2009

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Terazón Miclín O, Ragolta Mógrave K, Laborí Ruiz R. Modificación de algunos factores de riesgo en los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad [artículo en línea]. MEDISAN 2009;13(6)<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san06609.htm>[consulta: día/mes/año].