

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de la hipertensión arterial en el Hospital "Sominé Dolo" de Mali

Characterization of the hypertension in the "Sominé Dolo" Hospital of Mali

Dr. Alfonso Salas López,^I Dr. Jorge Carlos Jústiz Calzado,^{II} Dra. Belkis Victoria Martínez Castillo^{II} y Dra. Yaquelin Chapman Auty^I

^I Policlínico Julián Grimau, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Policlínico Municipal docente, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de 216 pacientes que acudieron a la consulta de medicina del Hospital "Sominé Dolo" de la región de Mopti (Mali), con cifras tensionales elevadas, desde enero hasta diciembre de 2009, a fin de caracterizarles clínica y epidemiológicamente. Entre las variables analizadas figuraron: edad, sexo, actividad que desarrollaban, etnia y tipo de hipertensión arterial. La mencionada enfermedad (sobre todo la moderada) predominó en adultos maduros y el sexo femenino, sin diferencias étnicas relacionadas con la afección, si bien se hallaron valores similares a los informados en regiones de alta prevalencia, por lo cual convenía proceder a la dispensarización de las personas hipertensas en ese territorio.

Palabras clave: adulto, hipertensión arterial, enfermedad crónica no transmisible, atención secundaria de salud, Mali.

ABSTRACT

A descriptive, longitudinal and prospective study was carried out in 216 patients attending the outpatient department of "Sominé Dolo" Hospital in the region of Mopti (Mali) with high pressure values, from January to December 2009, in order to characterize them clinically and epidemiologically. Among the analyzed variates were age, sex, activities, ethnicity and type of hypertension. The aforementioned disease (mainly moderate) prevailed in mature adults and females, without ethnic differences related to the condition, although the values were similar to those reported in high prevalence regions, so that it was advisable to carry out measures for prevention and rehabilitation of hypertensive individuals in the territory.

Key words: adult, hypertension, non-communicable chronic disease, secondary health care, Mali.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las enfermedades que afectan la salud de los individuos y las poblaciones a nivel mundial. Representa por sí misma un factor de riesgo importante para otras afecciones.¹

Mundialmente se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por afecciones del

corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica; de hecho, la HTA está presente en la mayoría de ellas.¹

En la región africana, 20 millones de personas son afectadas por padecer de hipertensión arterial. El índice estimado de prevalencia de esta enfermedad también varía según los países, así por ejemplo: 15 % para Argelia, 30 % para Mauricio y las Seychelles, 20-35 % para Gabón y 9,5 % para Gambia.²

Cabe decir que mientras mayor es la cifra de tensión arterial, peor es el pronóstico. Asimismo, la demora en el diagnóstico de esta afección puede propiciar que cuando sea identificada ya tenga complicaciones irreversibles.³

Los estudios de riesgo en la población han determinado que la HTA es el factor de riesgo al cual se le atribuye 50 % de las afecciones cerebrovasculares.⁴ Otra investigación refiere que 65,5 % de los pacientes con estas enfermedades presentaban hipertensión.⁵

Hace más de un siglo, se sabe que la presión arterial elevada disminuye la supervivencia,⁶ razón por la cual, constituye para algunos autores el problema de salud más importante, hecho que afecta alrededor de 20 % del total de la población adulta.

En Mali, los diferentes estudios mostraron que la HTA ocupaba el primer lugar de las enfermedades cardiovasculares hospitalarias. Así, Bouaré⁷ estima que la proporción de la HTA entre las afecciones cardiovasculares es de 37 % y representa 43,9 % de los motivos de consulta cardiovascular en el Hospital "Gabriel Touré".⁷

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, los autores de este artículo, a todos los pacientes que acudieron a la consulta de medicina, le midieron la tensión arterial independientemente de cual fuera el motivo de su visita y encontraron frecuentemente, en muchos enfermos, cifras tensionales elevadas; además, observaron aumento de la incidencia de accidente vascular encefálico en el curso de los trastornos hipertensivos, así como cardiopatía hipertensiva sobre todo en edades medias de la vida. Por estas razones se decidieron a realizar este trabajo, para caracterizar a los pacientes con hipertensión, lo cual permitirá controlar esta afección, de manera tal que se reducirá de forma significativa el daño orgánico⁸ y disminuya la aparición de complicaciones vasculares que de ellas se derivan.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de 216 pacientes que acudieron a la consulta de medicina del Hospital "Sominé Dolo" de la región de Mopti (Mali), con cifras tensionales elevadas, desde enero hasta diciembre de 2009, a fin de caracterizarles clínica y epidemiológicamente.

En este trabajo se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que siguen:

- Criterio de inclusión: aquellos pacientes con cifras tensionales elevadas (moderadas y severas).
- Criterio de exclusión: aquellos enfermos con cifras tensionales elevadas ligeras, puesto que en ocasiones presentaron cifras tensionales ligeras ante determinadas situaciones y después de regresar a la normalidad, fue difícil realizarles seguimiento porque no acudieron a la consulta nuevamente.

Las variables analizadas fueron:

- Edad: se tuvo en cuenta las diferentes etapas del ciclo vital (adulto joven, adulto maduro y adulto mayor).
- Sexo: según la categoría biológica (femenino y masculino)
- Actividades que desarrollaban: se tuvieron en cuenta las más frecuentes (comerciantes, agricultores, pescadores, domésticas, pastor, alfarero, entre otros).

- Etnia: se basaron en las más frecuentes en la región (peulth, bambara, bozo, dogon, maraka y mossi).
- Tipo de hipertensión: según programa nacional de hipertensión arterial (moderada y severa).

Además, los datos primarios obtenidos en cada consulta se plasmaron en el libro de registro. El análisis de la información se efectuó de forma computarizada mediante el sistema EPINFO 6 y como medida de resumen se empleó el porcentaje, cuya validación estadística estuvo representada por la prueba de Ji al cuadrado de homogeneidad, con nivel de significación estadística cuando la probabilidad (p) era menor de 0,005 para 95 % de confiabilidad y muy significativo cuando era menor de 0,01.

RESULTADOS

En la tabla 1 se aprecia que el grupo de 40 a 59 años resultó ser el predominante con 97 casos, para 44,9 %, seguido de los afectados con 60 años y más (88 para 40,7 %), sin haber diferencia significativa entre ambos grupos.

Tabla 1. Pacientes hipertensos moderados y severos según grupo de edad

Grupos de edades (en años)	No.	%
18-39	31	14,4
40-59	97	44,9
60 y más	88	40,7
Total	216	100,0

p>0,005

Al analizar la distribución por sexo y grupo de edad (tabla 2), se observa que hubo 120 mujeres con cifras tensionales elevadas, lo que representó 55,6 % con predominio sobre los hombres. Asimismo el porcentaje de féminas fue mayor en el grupo de edad de 40 a 59 años.

Tabla 2. Pacientes según grupo de edad y sexo

Grupos de edades (en años)	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
18-39	10	4,6	21	9,7
40-59	42	19,4	55	25,5
60 y más	44	20,4	44	20,4
Total	96	44,4	120	55,6

p>0,005

En relación con las diferentes etnias y la hipertensión arterial se obtuvo que la etnia Peult fue la que predominó con 25,9 %, seguida de la Bozo con 19,0 %, a pesar de ello no se reflejaron diferencias significativas entre estas.

Con respecto a las actividades realizadas, hubo un predominio significativo de los comerciantes (48,6 %), seguido de las actividades domésticas (32,4 %).

En la tabla 3 se evidencia que la hipertensión moderada predominó con 150 pacientes, para 69,4 % y la hipertensión severa con 66 enfermos, para 30,6 %, aunque no hubo diferencias significativas entre ellas.

Tabla 3. Pacientes según tipo de hipertensión

Tipos de hipertensión	No.	%
Moderada	150	69,4
Severa	66	30,6
Total	216	100,0

p>0,005

Según el tipo de hipertensión y los diferentes grupos de edades (tabla 4), en la hipertensión moderada predominó el grupo etario entre 40 y 59 años, con 33,3 % y el de 60 años y más en la hipertensión severa, con 15,7 %.

Tabla 4. Pacientes según grupo de edad y tipo de hipertensión

Grupos de edades (en años)	Tipos de hipertensión					
	Moderada		Severa		total	
	No.	%	No.	%	No.	%
18-39	24	11,1	7	3,24	31	14,3
40-59	72	33,3	25	11,5	97	44,9
60 y más	54	25,0	34	15,7	88	40,7
Total	150	69,4	66	30,6	216	100,0

p>0,005

En la tabla 5, donde se relaciona el tipo de hipertensión y el sexo, se observa un predominio de las féminas para ambos tipos de hipertensión con 120, para 55,6 %, sin diferencia significativa con el sexo masculino.

Tabla 5. Pacientes según sexo y tipo de hipertensión

Sexo	Tipo de hipertensión					
	Moderada		Severa		total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	67	31,0	29	13,4	96	44,4
Femenino	83	38,4	37	17,2	120	55,6
Total	150	69,4	66	30,6	216	100,0

p>0,005

DISCUSIÓN

Díaz⁹ y Álvarez Batard *et al*,¹⁰ en estudios realizados señalaron que la prevalencia de la hipertensión arterial aumenta paralelamente con la edad y, a partir de los 50 años, la mitad de la población adulta puede presentar cifras elevadas de presión arterial relacionadas con la pérdida de la distensibilidad arterial, resultados que coinciden con los obtenidos en esta investigación y en la literatura consultada.¹¹

Los hallazgos encontrados en este estudio, referidos a la prevalencia de la hipertensión arterial en los grupos de edades más tempranas, son similares a los obtenidos en regiones como las Seychelles, Argelia y Mauricio.

En la bibliografía médica revisada se plantea que la HTA es más frecuente en el hombre que en la mujer, hasta los 40 años; a partir de ese momento se iguala o pueden encontrarse más hipertensos en las féminas, lo cual está relacionado con la deprivación de estrógenos ováricos propios de la menopausia que tiene efecto vasodilatador directo, dependiente de una activación de la síntesis de óxido nítrico y prostaciclina (PGI2).¹²

Se han descrito variaciones étnicas en la incidencia, fisiopatología y manejo de la enfermedad hipertensiva en poblaciones negras de África, Norteamérica, el Caribe y Europa,¹³ como se describe en algunos estudios que destacan la raza negra con mayor predisposición a la severidad de esta afección.

En una investigación realizada en el distrito de Bamako se encontró que las etnias predominantes fueron: las Bambaras, Soninkes y la Peulhs respectivamente.¹⁴

Asimismo, en otros trabajos se señala la relación existente entre aquellas actividades que se caracterizan por el estrés mantenido y el sedentarismo, las cuales están asociadas con mayor frecuencia a la hipertensión arterial.¹⁵

Cabe agregar que el comercio es la principal fuente de trabajo en la región. Por otra parte, las mujeres en una gran proporción, se ocupan de la atención al hogar, resultados semejantes a los identificados en el presente estudio.

Según Álvarez Aliaga *et al*,¹⁶ mientras más severa es la hipertensión arterial mayor será la lesión orgánica¹⁶ y por lo tanto, aumentarán las complicaciones.

La HTA constituye una entidad de fácil diagnóstico y generalmente controlable; sin embargo, esto no suele observarse en la práctica médica, pues a pesar de disponer de fármacos eficaces para su tratamiento y de contar con numerosos programas científicos de formación y actualización sobre el tema, frecuentemente se observa la evolución del síndrome hipertensivo al daño de órganos vitales.¹⁷

Por todo lo dicho, se concluye que en este estudio predominó la hipertensión arterial (especialmente la moderada) en los adultos maduros y el sexo femenino, sin diferencias étnicas relacionadas con la afección.

Se recomienda realizar estudios poblacionales para caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con esta enfermedad, lo cual permitirá la dispensarización de los afectados y el logro de un mejor control y seguimiento; además, se evitarán las complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dotres Martínez C, Pérez González R, Córdoba Vargas L, Santín Peña M, Landrove Rodríguez O, Macías Castro I, et al. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med Gen Integr.1999;15(1):46-87.
2. Lafay V, Diarra M, Coulibaly S, Coulibaly S, Desplats D. Mise en place du réseau hypertension du mali (RHYTM). Med Trop. 2006 [citado: 17 abr 2010];66:437-42. Disponible en: http://www.revuemedecinetropicale.com/437-442_-_initiative_lafay.pdf
3. Coro García BM, Charnicharo Vidal R, Díaz Novás J, Rodríguez Abrines J. Estudio de la incidencia de la hipertensión arterial en los adultos de 20 consultorios del Policlínico Lawton en 1992. Rev Cubana Med Gen Integr.1996 [citado: 17 oct 2010];(12)4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000400001&script=sci_arttext
4. Dueñas Herrera A. Hipertensión arterial, su control en el nivel primario de salud. Rev Cubana Med Gen Integr.1992;8(3):195-201.
5. Harrison HC. Vasculopatía hipertensiva. En: Principios de Medicina Interna. 16 ed. España:McGraw-Hill;2006.

6. Svetkey LP, Moore TJ, Simons Morton DG, Appel LJ, Bray GA, Sacks FM, et al. Angiotensinogen genotype and blood pressure response in the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) study. *J Hypertens.*2001;19(11):1949-56.
7. Bouaré M. Motifs de consultation dans le service de cardiologie de l'Hôpital Gabriel Touré. A propos de 500 cas. Thèse Med Bamako;1998(18).
8. Álvarez Aliaga A, Rodríguez Blanco L, Chacón Parada T. Factores de riesgo de la miocardiopatía hipertensiva. *Rev Cubana Med.*2007 [citado: 26 feb 2010];46(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol46_01_07/med03107.htm
9. Díaz M. ¿Cómo comenzar el tratamiento del paciente hipertenso? *Rev Argent Cardiol.* 2006 [citado: 23 oct 2007];74(4):191-93. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-37482006000400001&script=sci_arttext
10. Álvarez Batard G, Ruso R, Pérez Caballero MD, Fernández Arias MA. Manual clínico del monitoreo ambulatorio de la presión arterial. *Rev Cubana Med.*2006 [citado: 26 feb 2010];45(4). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=41506&id_seccion=2352&id_ejemplar=4247&id_revista=68
11. Saínez González de la Peña BA, Vázquez Vigoa A, de la Noval García R, Dueñas Herrera A, Quirós Luis JJ, Debs Pérez G. Hipertensión arterial y alteraciones del fondo de ojo. Estudio de 232 pacientes. *Rev Cubana Med.*2002 [citado: 26 feb 2010];41(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol41_4_02/med024202.htm
12. Aranda Lara P. Menopausia, hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. *Hipertensión.*1995; 12:103-4.
13. Groning Roque E, García Fernández R, García Barreto D. Control ambulatorio de la presión arterial en pacientes blancos y negros con cardiopatía isquémica asociada. *Rev Cubana Med.* 2009 [citado: 26 feb 2010];48(4):193-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232009000400007&script=sci_arttext
14. Ouologuem, N. Place de L HTA dans la pathologie cardiovasculaire dans le district de Bamako. 2002. [citado: 26 feb 2010]. Disponible en: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2005/med/pdf/05M200.pdf>
15. Theorell T. Physiosocial and physiological factors in relation to blood pressure at rest. A study of Swedish men in their upper twenties. *J Hypertens.*1985;6(3):339-45.
16. Álvarez Aliaga A, Rodríguez Blanco LH, Quesada Vázquez AJ, López Costa C. Factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular aguda hipertensiva. *Rev Cubana Med.* 2006 [citado: 26 feb 2010];45(4). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol45_4_06/med06406.htm
17. Vázquez Vigoa A, Fernández Arias MA, Cruz Álvarez NM, Roselló Azcanio Y, Pérez Caballero MD. Percepción de la hipertensión arterial como factor de riesgo. Aporte del día mundial de lucha contra la hipertensión arterial. *Rev Cubana Med.*2006 [citado: 26 feb 2010];45(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol45_3_06/med01306.htm

Recibido: 4 de abril de 2012.

Aprobado:30 de abril de 2012

Alfonso Salas López. "Policlínico Julián Grimau García", avenida Los Libertadores y Paseo Martí, Santiago de Cuba, Cuba.