

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"JOSÉ ASSEF YARA"
CIEGO DE ÁVILA**

TÍTULO: Pesquisa Activa de Hipertensión Arterial en pacientes mayores de 18 años del consultorio médico de la familia número 14 de Primero de Enero.

AUTORA: Yaliet Peraza Enriquez.

Residente de segundo año de la especialidad de Medicina General Integral.

2014

**REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSE ASSEF YARA”
CIEGO DE AVILA
UNIDAD DOCENTE DE MORON**

TITULO: Pesquisa activa de Hipertensión Arterial en pacientes mayores de 18 años del consultorio médico número 14 de Primero de Enero

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.



AUTORA: Yaliet Peraza Enriquez.

Residente de segundo año de la especialidad de Medicina General Integral.

TUTOR: Dr. Osvaldo Green Amoroso especialista de primer grado de MGI y Medicina Interna.

MORÓN 2014

DEDICATORIA

A mis padres por estar siempre en cada momento de mi vida, por su ayuda incondicional y por ser los impulsores de que yo sea un profesional de salud.

A mi bebe por ser mi razón de vivir

A mi esposo por su comprensión y su constante apoyo.

A la Revolución Cubana.

A mi comandante Fidel, por su ejemplo.

PENSAMIENTO

“... en el campo de la atención primaria tengo la impresión que Cuba ha encontrado el sistema ideal más avanzado del mundo; tendremos una atención óptima desde la base desde el niño que nace hasta el anciano.

El médico de familia es un paso colosal de avance en la atención primaria de salud que se brinda a la población, una cosa excelente”.

Fidel Castro

RESUMEN

La Hipertensión Arterial (HTA) es uno de los principales problemas de salud que aquejan al municipio Primero de Enero, ya que la mayoría de los pacientes deambulan por las calles asintomáticamente sin conocer sus cifras tensionales, por lo que las afecciones cardiovasculares y cerebrovasculares tienen una alta morbimortalidad en la comunidad. Se ejecutó un estudio observacional descriptivo a partir de un Universo de 120 pacientes mayores de 18 años atendidos en el consultorio¹⁴, coincidiendo este valor con la muestra seleccionada. Para verificar la veracidad del proyecto se recogieron datos de las fichas familiares y las historias clínicas, en los meses de Junio del 2013 a julio de 2014. Se les brindó charla educativa a los pacientes que por medio del consentimiento informado dieron su disposición a participar. Se obtuvo como resultado el diagnóstico de HTA a 75 pacientes de ellos 14 asintomáticos que nunca se habían tomado la presión arterial, 20 son de raza negra, fumadores 52, con antecedentes patológicos familiares 52 y con malos hábitos alimenticios 12.

Se llegó a la conclusión que la ingestión de grasa animal, los antecedentes familiares, el hábito de fumar, la obesidad y el sedentarismo son los factores de riesgo presentes en casi todos los pacientes diagnosticados.

INDICE

	Págs.
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	7
MATERIALES Y MÉTODOS.....	22
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS	

INTRODUCCION

La hipertensión arterial (HTA) es la afección crónica más frecuente en la población adulta en el planeta; se comporta como factor de riesgo para padecer las enfermedades que se encuentran entre las más importantes causas de muerte en los países desarrollados y en la mayor parte de los países en vías de desarrollo, como son la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia cardiaca y la enfermedad renal crónica.¹

La participación de la HTA en el desarrollo de estas afecciones se acrecienta notablemente cuando coexiste con otros factores de riesgo cardiovascular como la dislipidemia, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo o la diabetes mellitus. El papel de la HTA en estas situaciones es de mayor trascendencia cuando no se logra un control óptimo de la afección. Este es un hecho de gran preocupación en la comunidad científica pues, tanto en el orden poblacional, como en el individual, alcanzar eficientemente los valores o cifras de presión arterial considerados como normales se dificulta significativamente y, a través de los años, se ha hecho más difícil y no satisfactorio en la inmensa mayoría de los países.² No lograr el control de la HTA, significa mayor posibilidad y más serias incidencias de complicaciones cardiovasculares y renales, mayor riesgo de muerte o de discapacidad, en el individuo hipertenso en particular o en la comunidad en estudio. En el XXXVI Congreso Argentino de Cardiología, FAC-2008, se señala que en el mundo se producen 5,1 millones de muertes al año por enfermedades cardiovasculares y que de ellas 62 % están vinculadas al control subóptimo de la presión arterial y en ese conclave se dio en llamar la HTA "una pandemia sin control". Mientras mejores resultados se obtengan en el control de la HTA, menor será el riesgo cardiovascular del paciente y de la comunidad en su conjunto. Ciertamente, hay evidencias de que en muchos pacientes, la presión arterial medida en el consultorio médico resulta con cifras mayores que las que se obtienen en su domicilio por otro profesional de la salud o por familiar o personas ajena a esta profesión.^(3,4)

La comunidad científica acepta también que para los hipertensos con diabetes mellitus o con enfermedad renal crónica, los valores para considerarlos como controlados, deben tener cifras menores de 130 mmHg de presión arterial sistólica y de 80 mmHg de presión arterial diastólica. En nuestro país, en el año 1998, se publicó el Programa Nacional Cubano, para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la HTA, en el cual se estableció un criterio para el control de la HTA, basado en la evaluación del paciente hipertenso en un año, como aparece en el Programa del Médico de la Familia, base de la atención primaria de salud en el país, que considera que todo paciente "dispensarizado" debe recibir un mínimo de 3 controles médicos en el año (2 consultas y 1 terreno). Esto es válido para la atención "dispensarizada" de pacientes con enfermedades crónicas, como la HTA, la diabetes mellitus, el asma bronquial y otras. ⁽⁵⁻⁷⁾

Mundialmente se reportan porcentajes de pacientes hipertensos controlados muy bajos en los distintos países. En la última década, por ejemplo, en el Reino Unido se han llegado a reportar estudios epidemiológicos con una prevalencia de pacientes hipertensos controlados de 6 % ; sin embargo, en otros estudios se señalan controles de poblaciones hipertensas mucho más elevadas, como el reportado en Journal of Hipertensión en el que se informa que en Barbados los hipertensos bajo tratamiento antihipertensivo y controlados alcanzaron hasta 58 % mientras en otros países dicho control es significativamente bajo como en Korea, que en ese mismo estudio el control de la hipertensión arterial fue sólo de 5,4 %.⁸

El control de la hipertensión arterial no se comporta por igual en todos los grupos poblacionales, en los diferentes sexos y edades, aun dentro de un mismo país, como se demuestra en los estudios realizados en los Estados Unidos por el National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), en el que se comparan los resultados de distintos surveys realizados desde 1976 hasta 2009, con un aumento progresivo del porcentaje de pacientes hipertensos controlados que mantienen tratamiento antihipertensivo, ese aumento va desde 10 % en 1980, 27 % entre 1991 y 1994 y alcanza 35 % en 2009; pero en este último el control de la hipertensión arterial es

menor en los pacientes de la raza negra (28 %) y en los hispanos (18 %); asimismo, la proporción de hipertensos bajo control fue mayor en los hombres, y se logró un mayor control en los pacientes con edades superiores a los 60 años y en los de 40 a 59 años que el logrado en hipertensos comprendidos en las edades más jóvenes, entre los 18 y 39 años.⁹

En España, la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica son responsables, conjuntamente, de más de la mitad de las muertes por enfermedades del aparato circulatorio, causadas por la hipertensión arterial.

En la mayoría de estudios, realizados casi todos en EEUU, se han encontrado prevalencias de HTA más elevadas entre la población negra afroamericana, así como en la población asiática, comparada con la blanca. Sin embargo, estas poblaciones referidas son residentes en este país, lo que puede sesgar los datos aportados por estos estudios. En un reciente estudio comparativo en cinco estados europeos, Canadá y EEUU se han encontrado prevalencias del 27% en los dos estados americanos, y del 38% en Suecia e Italia, mientras que superan el 47% España, Inglaterra y Alemania. Sin embargo, en este estudio se consideraban también los pacientes en tratamiento, lo que condiciona estos datos al ser muy superior el nivel de control de los hipertensos en Canadá y EEUU.¹⁰

En Cuba se han realizado numerosos estudios sobre prevalencia de hipertensión en población adulta y en los mismos se reportan los porcentajes de pacientes hipertensos controlados y de los no controlados. Uno de esos estudios efectuados en varias áreas de salud del municipio Plaza de la Revolución en 500 hipertensos bajo prescripción farmacológica y con adhesión al tratamiento, encontraron 45,6 % de controlados, aplicando el criterio que se establecía en el Programa Nacional de Salud, es decir hipertensos controlados si todas las mediciones de la Presión Arterial (PA) en 1 año fueron inferiores a 140/90 mmHg; como parcialmente controlados obtuvieron 36,0 % y no controlados, 18,4 %. Estos resultados muestran realmente que casi más de 50 % de los hipertensos bajo tratamiento no estaban controlados.

Otros estudios de control de la hipertensión no tiene en cuenta pacientes parcialmente controlados y los reportes incluyen además, como no controlados, aquellas personas que se detectan como hipertensos en las encuestas o estudios de prevalencia y que se consideran como "nuevos hipertensos ¹¹". Esto realmente es un dato de importancia, pues al ser la HTA, una afección que cursa, en un alto porcentaje de casos, totalmente asintomática, muchos enfermos no asisten al médico al no aquejar síntomas y se detecta su afección hipertensiva en mediciones fortuitas de la presión arterial o mediante encuestas y pesquisas.¹² Así, en las Guías Cubanas de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, en vigor desde el año 2003, actualizada en el 2008, se adaptó el criterio de hipertensión controlada el prevalente en todos los estudios, guías y programas divulgados internacionalmente: son hipertensos controlados los que tienen durante el estudio programado o la medición casual de su presión arterial, valores por debajo de 140/90 mmHg, o aquellos con valores normales, que refieran ser hipertensos y se encuentran bajo tratamiento médico y son hipertensos no controlados si sus cifras son de 140 mmHg de Presión Arterial Sistólica (PAS) y/o 90 mmHg de Presión Arterial Diastólica (PAD) o más, así como los "nuevos hipertensos", que son personas, como se expresó anteriormente, no diagnosticados previamente como hipertensos pero a los que en esos estudios o pesquisas se le detectan valores altos de PA.

Otro estudio llevado a cabo por los doctores Reinaldo de la Noval y Alfredo Dueñas Herrera, en 6 provincias de Cuba, y que incluyó a 125 679 personas encuestadas, con 39,7 % de hipertensos, ya con las consideraciones internacionales de pacientes controlados y no controlados, encontró, como hipertensos no controlados 57,9 %, en cuyo porcentaje fueron incluidos los "nuevos hipertensos" que representaron 11,8 % del total de hipertensos.

En Cuba, según datos de la última encuesta nacional de factores de riesgo (ENFR), se encontró una prevalencia de HTA de 33,5 %, cifra superior a la detectada en la encuesta anterior que era de 30,6 % y se detectó además que el 75 % de los hipertensos estaban tratados y de estos, controlados el 32 %, lo cual significa que

tampoco están en los niveles deseados en cuanto a pesquisaje, tratamiento y control de la HTA.¹³

Otro estudio llevado a cabo por los doctores Reinaldo de la Noval y Alfredo Dueñas Herrera, en 6 provincias de Cuba, y que incluyó a 125 679 personas encuestadas, con 39,7 % de hipertensos, ya con las consideraciones internacionales de pacientes controlados y no controlados, encontró, como hipertensos no controlados 57,9 %, en cuyo porcentaje fueron incluidos los "nuevos hipertensos" que representaron 11,8 % del total de hipertensos.

En la encuesta de factores de riesgo efectuada en el año 2010, realizada en personas mayores de 18 años, de áreas urbanas de Ciego de Avila, se obtuvo una prevalencia de 35,5 % de hipertensión arterial, de ellos 11,5 fueron "nuevos hipertensos"; de los hipertensos ya conocidos, 36,3 % no estaban controlados, de manera que el porcentaje de hipertensos no controlados fue 48,2 si se tienen en cuenta las personas detectadas con presiones arteriales superiores a 140 / 90 que no lo conocían (nuevos hipertensos) en dicha encuesta, que fue realizada con un diseño muestral bien elaborado y con la medición de la presión arterial en 3 ocasiones distintas por personas debidamente adiestradas.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

En el Municipio Primero de Enero la mayoría de los pacientes deambulan por las calles asintóticamente sin conocer sus cifras tensionales, por lo que las afecciones cardiovasculares y cerebrovasculares tienen una alta morbimortalidad en la comunidad.

Por todo lo antes descrito se decide dar solución al siguiente problema de investigación.

¿Cómo contribuir al diagnóstico precoz para la detención de la HTA en pacientes de más de 18 años del CMF # 14 del Municipio Primero de Enero?

Hipótesis

Si se aplica una Pesquisa Activa de HTA en pacientes de más de 18 años del consultorio médico de la familia # 14 del Municipio Primero de Enero, se logrará mejor control y seguimiento a los pacientes que presentan factores de riesgos de dicha patología así como tratamiento a los nuevos casos que resulten de la pesquisa. Para dar respuesta al problema precisado y la hipótesis de investigación, se proponen los siguientes objetivos:

General

Implementar una Pesquisa Activa de HTA en pacientes de más de 18 años del CMF # 14 del Municipio Primero de Enero, durante el período comprendido de junio del 2013 a julio del 2014.

Específicos

1. Determinar el índice de pacientes con HTA atendidos en la consulta médica del CMF # 14 del Municipio Primero de Enero.
2. Diseñar una Pesquisa Activa de HTA en pacientes de más de 18 años del CMF # 14 del Municipio Primero de Enero.
3. Aplicar la Pesquisa Activa de HTA en pacientes de más de 18 años del CMF # 14 del Municipio Primero de Enero.
4. Evaluar los resultados obtenidos con la Pesquisa Activa propuesta.

MARCO TEORICO

Hace 60 años el clínico español Gregorio Marañón, expuso en su libro de Diagnóstico Etiológico sobre la hipertensión arterial: "los médicos son los responsables de la gran preocupación que está generando esta enfermedad. Cometten el error de comunicarle a los pacientes gran alarma por ella". Argumento inaceptable actualmente, dado que se trabaja para que el enfermo conozca y domine su enfermedad, base para una relación cooperativa que favorezca el control de su presión arterial. Con razón hoy se afirma: " la HTA es del propio paciente que la padece".¹⁷

La hipertensión arterial se define como el nivel de presión capaz de producir lesión cardiovascular en un paciente determinado.

Clasificación

La HTA se clasifica teniendo en cuenta diferentes aspectos:

Según la magnitud de las cifras tensionales: atendiendo a la magnitud de las cifras se recomienda una nueva clasificación para los mayores de 18 años, que es aplicable también a los ancianos, porque se ha demostrado que el aumento de las cifras tensionales con la edad no es consecuencia del envejecimiento y el termino de hipertensión necesaria en el anciano no se ajusta a la realidad, por lo que en este grupo se aceptan los mismos valores que en el adulto joven.¹⁶⁻¹⁸

Según su evolución la HTA se clasifica en: Fase 1. HTA sin síntomas ni signos de afecciones orgánicas. Fase 2. HTA con hipertrofia ventricular izquierda o estrechamiento arteriolar en el fondo de ojo o ambos. Fase 3. HTA con lesión de corazón, riñón, cerebro, grandes arterias, en la que el daño orgánico puede expresarse como infarto del miocardio, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial oclusiva, aneurisma disecante de la aorta e insuficiencia renal.¹⁹

Según su causa pueden ser

- Hipertensión arterial sistémica esencial.
- Hipertensión arterial sistémica secundaria.
 - De causa endocrinológica.
 - a. Hipertiroidismo
 - b. Hipotiroidismo (mixedema).
 - c. Feocromocitoma
 - d. Hiperfunción de la corteza suprarrenal: síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario (Síndrome de Conn), hiperplasia congénita adrenal, ingestión excesiva de regaliz.
 - e. Hormonas exógenas: glucocorticoides, estrógeno (incluyendo el inducido por el embarazo y los contraceptivos orales), alimentos que contengan simpaticomiméticos y tiramina, inhibidores de la monoamino oxidasa
 - f. Acromegalia
 - g. Hipertensión arterial del embarazo.
 - De causa parenquimatosa renal: todas las nefropatías parenquimatosas y tubulointersticiales en fase terminal.

Variación de presión en el ventrículo izquierdo (línea azul) y la aorta (línea roja) en dos ciclos cardíacos («latidos del corazón»), que muestra la definición de presión arterial sistólica y diastólica.

- a. Glomerulonefritis aguda
 - b. Enfermedad renal crónica
 - c. Poliquistosis renal
 - d. Tumores productores de renina.
- De causa renovascular.
- a. Intrínsecas a la arteria renal
 - b. Aterosclerosis de la arteria renal
 - c. Masas extrínsecas compresivas de la arteria renal

- De causa aórtica (vascular).

- a. Coartación aórtica
- b. Poliarteritis nodosa
- c. Aumento del volumen intravascular
- d. Aumento del gasto cardíaco
- e. Rigidez de la aorta.

- De causa neurogénica.

- a. Enfermedades bulbares y medulares.
- b. Psicogénica: Hipertensión de bata blanca
- c. Traumatismo craneoencefálico o de médula espinal
- d. Hipertensión intracraneal
- e. Tumores encefálicos
- f. Apnea del sueño

- Esclerodermia
- Enfermedad de Takayasu-Onishi
- Hipertensión secundaria a coartación aórtica
- HTA secundaria a endocrinopatías
 - Acromegalia
 - Hipercalcemia
 - Deficiencia de 11-hidroxilasa
 - Deficiencia de 17-hidroxilasa
 - Síndrome de Geller
- Hipertensión asociada a enfermedades del sistema nervioso central.
 - Disautonomía
 - Síndrome de Guillain-Barré

g. Porfiria aguda

c. Fibrodisplasia

Según el tipo de hipertensión: se clasifica en sistólica, diastólica y sistodiastólica. La hipertensión sistólica se define como la elevación tensional persistente con cifras de TAS superiores a 140mmHg y de TAD inferiores a 90mmHg. Se conoce que su prevalencia es elevada y su importancia estriba no solo en eso, sino también en el riesgo que comparte en términos de morbimortalidad vascular, puesto que es un factor de riesgo independiente en la cardiopatía isquémica y en la insuficiencia cardíaca²⁰. La presión arterial sistólica (la primera cifra) es la presión sanguínea en las arterias durante un latido cardíaco. La presión arterial diastólica (el número inferior) es la presión entre dos latidos. Cuando la medida de la presión sistólica o diastólica está por encima de los valores aceptados como normales para la edad del individuo, se considera como pre hipertensión o hipertensión, según el valor medido (ver tabla).

Clasificación	Presión sistólica		Presión diastólica	
	<u>mmHg</u>	<u>kPa</u>	<u>mmHg</u>	<u>kPa</u>
Normal	90–119	12–15.9	60–79	8.0–10.5
Prehipertensión	120–139	16.0–18.5	80–89	10.7–11.9
Fase 1	140–159	18.7–21.2	90–99	12.0–13.2
Fase 2	≥160	≥21.3	≥100	≥13.3
<u>Hipertensión sistólica aislada</u>	≥140	≥18.7	<90	<12.0
<i>Fuente: American Heart Association (2009)</i>				

La hipertensión presenta numerosas sub-clases, que incluyen: hipertensión fase I, hipertensión fase II, e hipertensión sistólica aislada. La hipertensión sistólica aislada se refiere a la presencia de una presión sistólica elevada conjuntamente con una presión diastólica normal, una situación frecuente en las personas de edad

avanzada.²¹ Estas clasificaciones se obtienen haciendo la media de las lecturas de la presión arterial del paciente en reposo tomadas en dos o más visitas del paciente.

La hipertensión también se clasifica como resistente o refractaria en sujetos tratados con al menos 3 fármacos antihipertensivos a dosis plenas, uno de ellos diurético, con un adecuado cumplimiento de la medicación antihipertensiva, es decir si la medicina convencional no reduce la presión arterial a niveles normales. En EE.UU y el Reino Unido se han publicado guías para el tratamiento de la hipertensión resistente.

En síntesis, para cada paciente existiría una cifra umbral para diagnosticar «hipertensión». Dicho nivel estará dado por la evidencia científica disponible con relación a su perfil individual, en especial evidencia proveniente de estudios, observacionales, epidemiológicos o de experimentos clínicos controlados.²²

Recientemente el JNC 7 (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) ha definido como prehipertensión a la presión arterial comprendida entre 120/80 mmHg y 139/89 mmHg. La prehipertensión no es una enfermedad, sino una categoría que permite identificar personas con alto riesgo de desarrollar hipertensión. Esta cifra puede variar de acuerdo al sexo y edad del paciente²³⁻²⁴.

La lectura de la tensión sistólica tiene predominio sobre la diastólica después de los 50 años, siendo al revés previo a esa edad. Antes de los 50 años de edad la presión arterial diastólica es un potente factor de riesgo de cardiopatía, mientras que la presión arterial sistólica lo es después de los 50 años de edad.

Por debajo de los 50 años es más frecuente en el hombre con predominio de HTA diastólica y pasada esa edad es preponderante en las mujeres existiendo en los adultos mayores un predominio de la HTA sistólica. La HTA afecta más a pacientes con color de piel negra, en quienes adopta un grado de severidad y repercusión orgánica mayor que en los blancos. Su prevalencia se relaciona con el hábitat de las personas, reportándose en áreas urbanas más que en rurales y este comportamiento

es universal e incluso en nuestro país, atribuyéndose a la influencia nociva que el stress urbano genera. Existen factores de orden cultural poblacional en la HTA, siendo la ingesta de sal común uno de los más estudiados imputándosele una relación estrecha y directa con los valores incrementados de presión arterial. Los desórdenes metabólicos, la obesidad, la diabetes mellitus, la dislipidemia, el sobrepeso y la obesidad se considera como una epidemia mundial²⁵.

La HTA y la diabetes mellitus se encuentran relacionadas, la prevalencia de aquella es el doble que en población no diabética e incluso los tres aspectos que abordamos anteriormente tienen un nexo común fisiopatológico de resistencia a la insulina y originan el llamado Síndrome Metabólico asociado a la HTA inicialmente descrito por Reaven.

El papel de las dislipidemia no es fisiopatológico, sino de asociación como uno de los grandes factores de riesgo vascular y cobra importancia para la clasificación del riesgo vascular absoluto en la enfermedad hipertensiva que lleva implícito una modificación en la conducta terapéutica cuando está presente²⁶⁻²⁷.

Existen dos drogas sociales de difusión a nivel mundial, el alcoholismo y el tabaquismo constituyendo factores nocivos para la salud cardiovascular. En Cuba estas adicciones tienen importancia dada su elevada frecuencia, en Ciego de Ávila el tabaquismo y el alcoholismo es de 30,2%.

Fisiopatología

La hipertensión arterial depende fundamentalmente del gasto cardiaco (GC) y la resistencia vascular periférica (RVP), y se expresa por la siguiente ecuación $PA=GC \times RVP$, se comprende entonces que cualquier alteración en dicha ecuación puede producir elevación de las cifras tensionales. La elevación del gasto cardiaco produce un exceso de riego en los tejidos, los cuales rebasan sus necesidades metabólicas y es precisamente este exceso de sangre el responsable del aumento de la tensión activa en los músculos lisos de los vasos de resistencia, lo cual trae

como consecuencia un incremento secundario de la resistencia vascular periférica. Estas alteraciones se producen gracias a un mecanismo de autorregulación que los pacientes con elevado gasto cardiaco también incrementan el consumo de oxígeno a niveles no compatibles con una perfusión histica²⁸.

Factores de riesgo

La hipertensión arterial como Factor de Riesgo Vascular: un FRV es una variable endógena o exógena al individuo, controlable, que precede e incrementa la probabilidad de padecer o morir de una enfermedad cardiovascular cuando están presentes. Si la variable no es controlable se convierte en un marcador de riesgo. Los principales FRV detectados han sido la HTA, la hiperlipidemia, la diabetes mellitus, el estilo de vida, tabaquismo y la predisposición hereditaria. Ellos pueden modificar de forma independiente la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular.²⁹ En Cuba se hace énfasis en el tabaquismo, dislipidemia, diabetes mellitus, edad por encima de 55 años (hombres) y mayores de 65 años (mujeres), historia familiar de enfermedad cardiovascular, sedentarismo, microalbuminuria, obesidad (IMC ≥ 30 Kg/m²) y filtrado glomerular menor de 60 ml/min. Otros FRV emergentes o no clásicos son: la proteína C reactiva, la menopausia y la homocisteinemia e Infecciones (víricas y parasitarias) Se destaca que mientras más severa sea la HTA mayor probabilidad de aparición de complicaciones causadas por aceleración de la aterosclerosis y hemorragia cerebral; en general se aumenta la mortalidad en ambos sexos a medida que se eleva la PA. La HTA Sistólica se relaciona con la aparición de complicaciones y la mortalidad por aterosclerosis se incrementa al igual que la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebro vasculares y la enfermedad renal crónica.³⁰

La HTA como enfermedad hereditaria.

Con una mayor contribución filial del padre que de la madre, las estimaciones del aporte genético a la variabilidad de la PA oscila entre 30 y 60 %. La HTA sin una causa evidente que la justifique. La dificultad para descubrir la causa es la gran variedad de sistemas que participan en la regulación de la PA: adrenérgico periférico

y central o ambos, renal, hormonal y vascular. Estos sistemas se interrelacionan de manera compleja, recibiendo la información de genes múltiples.

El bajo peso al nacer y la HTA.

Existe evidencia de que la PA en los adultos está inversamente relacionada con el peso al nacer: cuanto más pequeño es el neonato a causa de retraso en el crecimiento intra útero más alta es la PA y el riesgo cardiovascular en etapas tardías de la vida.³¹

Interacción del medio ambiente y la HTA.

El medio ambiente se ha relacionado a la HTA primaria con: la sal, la obesidad, profesión, alcohol, familia, hacinamiento entre otros. El factor sensibilidad a la sal ha recibido mayor atención, determinándose que alrededor del 60 % de los hipertensos presentan sensibilidad a la sal. Algunos investigadores han sugerido que el cloro tiene igual valor que el sodio y ha habido observaciones sobre las sales sódicas sin cloruro, que no elevan la PA. Otro elemento evaluado ha sido el calcio cuya disminución eleva la PA y se ha insistido que su acumulación dentro del músculo liso vascular es lo que produce la hiperreactividad vascular a los agentes vasoconstrictores y esta situación es capaz de presentarse entre 30 y 50 % de los hipertensos primarios.

El stress y la HTA

Se considera a través de un complejo mecanismo de inducción positiva con el Sistema Nervioso Autónomo al incrementarse la actividad simpática que puede ser generadora de HTA, sobre todo cuando se trata de factores estresantes de curso crónico. Pickering expreso: la participación del stress como causa de HTA continúa siendo incierta y es probable que sus efectos dependan de tres factores: el carácter del stress, su percepción por el individuo y la susceptibilidad fisiológica individual.”

El riñón y la HTA

El riñón es un órgano capaz de modular los cambios de PA, posee mecanismos que pueden modificar los factores hemodinámicos que le sustentan tal como el volumen. Produce sustancias, además, con capacidad vasoactiva como renina, Endotelina (ET), prostaglandinas y Oxido Nitrico (ON), y también es órgano efector de sustancias y hormonas como arginina, vasopresina, aldosterona o péptido atrial natriurético que a su vez inciden sobre el volumen. -Otros factores reguladores de la PA. Los baroreceptores, osmoreceptores y el sistema de la hormona antidiurética, tienen influencia en la PA. ³²⁻³³

Patrón de Alimentación

En primer lugar la disminución del consumo de sal común tiene relación directa con la HTA, conociéndose un grupo de enfermos que se benefician con un consumo mínimo de sal, el sodio debe ser menor de 2,4g o el cloruro de sodio inferior a 6 g/día, lo cual podría disminuir la PAS en rango de 2-8 mm Hg. Si esto fuera acompañado de los principios de la dieta con frutas, vegetales, baja de grasa saturada, ésta por si misma favorecería la disminución de la PAS en rango de 8-14 mmHg.³⁴ Añadiéndose que la ingestión de grasa animal es un factor determinante de los niveles de colesterol sérico, con o sin HTA, siendo un importante predictor de Enfermedades Cerebrovascular (ECV). La reducción del consumo total de calorías también debe disminuir con lo cual se favorece la reducción en la ganancia de peso corporal. El aporte de calcio, potasio y magnesio así como cloruros también han sido considerados.

Adicciones tabáquica y alcohólica

A pesar de no haberse podido demostrar una relación causal directa entre el hábito de fumar y la HTA, es aconsejable su abandono dado que constituye uno de los FRV. En la adicción enólica ha sido comprobado el incremento de la PA con el aumento de la alcoholemia, la mayoría de los protocolos sugieren dosis mínima de alcohol / día diferente para hombres y mujeres, su reducción contribuiría a disminuir la PAS en rango de 4-9 mmHg.

El sobrepeso y la obesidad

Existe relación directamente proporcional entre el peso corporal y el aumento de la PA, recomendándose mantener un ÍMC entre 20-25 Kg/m². La pérdida de peso en el orden de 10 Kg. debe influir en la reducción de la PAS en 5-10 mmHg.

Actividad Física

Los beneficios de realizar ejercitación física aeróbica (caminar, trotar, montar bicicleta, nadar, bailar) son enfatizados por los expertos. Contribuye a la reducción del peso corporal y de fracciones lipídicas séricas nocivas, disminuye la PAS en rango de 4-9 mm Hg, debiendo efectuarse 30 minutos por sesión, preferentemente diaria

Criterios diagnósticos

HTA definida

En los mayores de 18 años se define como la elevación persistente de la tensión arterial por encima de las siguientes cifras:

TAS>140mmHg y/o >90mmHg. Por ello es necesario que la media de 3 o más lecturas realizadas en 3 o más visitas espaciadas, después de una valoración inicial sean superiores a dichas cifras.

HTA sistólica aislada

Se considerara como tal cuando la media de dos o más determinaciones realizadas en tres o más visitas es: TAS>140mmHg con TAD<90mmHg.

HTA resistente / refractaria

Se considerara como tal cuando se cumplen algunas de las situaciones siguientes:

TA persistente elevada (>160/100mmHg) con las siguientes condiciones:

- Triple terapia , incluido diuréticos .
- Buen cumplimiento terapéutico.
- No uso excesivo de alcohol.

- Dos visitas separadas por dos semanas

HTA sistólica aislada TA>170mmHg con niveles previos >200mmHg

TAS>160mmHg con niveles previos entre 160 y 200mmHg.³⁵

HTA de “Bata Blanca”

Es la registrada únicamente en la consulta, siendo los valores de TA normales en el domicilio del paciente siendo aproximadamente el 21 % de los casos diagnosticados.

HTA maligna

Se define así cuando está asociada a la presencia en el fondo de ojo de exudado, hemorragia y/o edema de la papila³⁵

Cuadro clínico

La HTA es una enfermedad con una sintomatología inespecífica y aunque los síntomas y signos que la acompañan varían están en relación con el tipo de hipertensión y el estadio en que se encuentra la enfermedad. La cefalea es un síntoma constante que se presenta en horas de la mañana con localización suboccipital, orbitaria o frontal, en ocasiones despierta al paciente o aparece durante el sueño e incluso simula una migraña acompañada de náuseas, vómitos y fotofobia.

También pueden aparecer palpitaciones, irritabilidad, insomnio, trastorno de la personalidad, visión en candelilla, zumbido en los oídos, vértigo y escotoma.³⁶

Diagnostico

El diagnóstico de la HTA es eminentemente clínico, pero requiere de la valoración integral del paciente, donde es necesario además de la toma rigurosa de la TA (3 lecturas con más de 140/90 mmHg y una toma al azar igual o mayor de 160/100 mmHg), estimar el daño de los órganos diana, identificar otros factores de riesgo cardiovascular, descartar causas de HTA secundaria y caracterizar al paciente. Es por ello que la anamnesis debe ser muy cuidadosa e incluir datos generales como

edad, sexo, raza, historia familiar y personal de enfermedades cardiovasculares y renales, presencia de factores de riesgo, uso de medicamentos (esteroides, anticonceptivos orales y antiinflamatorios).³⁷

Los exámenes complementarios incluyen hemoglobina, hematocrito, glicemia, creatinina, colesterol total, ácido úrico y examen de orina que pueden ser normales y presentar o no alteraciones en dependencia de si existen complicaciones o no. Además debe realizarse un electrocardiograma y una radiografía de tórax.³⁸

Complicaciones de la HTA

Las complicaciones se pueden presentar en cualquier momento de la enfermedad y no siempre guarda relación con el tiempo de evolución y el tipo de HTA. Estas complicaciones dependen de la alteración anatomopatológica en el corazón (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arritmias e infartos), los vasos (aneurisma disecante de la aorta, nefroangiosclerosis, arterioesclerosis y úlceras hipertensivas en la cara externa de la piel), el encéfalo (trombosis y hemorragia cerebral que son causas frecuentes de invalidez y muerte) y los riñones (esclerosis arterial y arteriolar llevando a una insuficiencia renal terminal).³⁹⁻⁴⁰

Requisitos para la toma correcta de la HTA

I. Paciente

- Descansara 5 minutos antes de la toma
- No café ni cigarrillos 30 minutos antes de la toma
- Paciente sentado o en decubito supino, brazo desnudo apoyado y torax elevado 30 o 45 grados.

II. Equipo

- Manguito de goma inflable, que debe cubrir 2/3 del brazo

III. Técnica

- En la primera visita se debe tomar la TA en ambos brazos
- Inflar el manguito hasta 20 o 30 mmHg por encima de la desaparición del pulso

-El primer sonido (Korotkoff 1) corresponde a la TAS y la desaparición del 5to (Korotkoff 5) a la TAD.⁴¹

Tratamiento

1-Tratamiento no farmacológico de la hipertensión

Ha quedado demostrado en los últimos años la utilidad de las medidas no farmacológicas en el contexto del tratamiento de la HTA. Esta utilidad, que algunos autores ponían en duda, se ha demostrado eficaz para disminuir el riesgo global del paciente hipertenso. La opinión mayoritaria es que dichas medidas han de constituir la base del tratamiento, sin perjuicio del uso concomitante de fármacos hipotensores.⁴²

Es imprescindible realizar un refuerzo positivo continuo, con independencia de que el paciente esté recibiendo o no tratamiento farmacológico, aprovechando cualquier contacto con el paciente, a fin de que se mantengan estas medidas no farmacológicas en el tiempo y no sean abandonadas, cosa que ocurre a menudo.

-Abandono del hábito tabáquico

El hábito tabáquico representa la causa evitable con mayor repercusión sobre la morbimortalidad vascular (enfermedad coronaria, ictus, enfermedad vascular periférica). La inhalación del humo del tabaco, además de los efectos sobre otros sistemas, produce a medio y largo plazo un efecto hipertensor y disminuye la eficacia de ciertos antihipertensivos. Ello, unido a su toxicidad directa sobre la pared arterial hace que nuestro consejo sea imprescindible a la hora de abordar globalmente al sujeto hipertenso, debiendo extender ésta actitud de forma rutinaria al paciente normotenso

- Reducción de peso

Una medida recomendable en la consulta diaria es medir el índice de masa corporal (IMC) y el perímetro de la cintura a todos los pacientes adultos, y en especial a los hipertensos. Se recomienda mantener un IMC entre 18.5 – 24.9 kg/m². Las

estrategias recomendables para conseguir perder peso incluyen educación dietética, incremento del ejercicio y modificaciones de la conducta alimentaria.

La consecución de un peso adecuado es especialmente aconsejable en aquellos pacientes con diagnóstico de síndrome metabólico y en diabéticos.⁴³

-Consumo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol aumenta la PA de forma significativa en normotensos e hipertensos. Entre los bebedores en exceso de mediana edad es constatable un aumento del riesgo de ictus, sobre todo hemorrágico, y de cardiopatías isquémicas y no isquémicas, pudiendo ser atribuible

La disminución del consumo alcohólico disminuye las cifras de PAS y PAD, con un descenso medio de 3.31 mm Hg para la PAS y 2.04 mmHg para la PAD, por lo que debe ser aconsejada de forma rutinaria.

-Ingesta de sodio

La cantidad de sodio presente en la dieta ha aumentado en las últimas décadas en los países occidentales, tal vez por un aumento en el consumo de alimentos preparados. Aún se desconocen los mecanismos moleculares por los que el sodio aumenta la PA. Se recomienda en normotensos con alto riesgo de padecer hipertensión (diabéticos, mayores de 45 años, y pacientes con patología renal crónica) el consumo de menos de 100 mmol/día de sodio, mientras que en hipertensos, la ingesta diaria de sodio deberá limitarse a 65-100 mmol/día (4-5 gr de cloruro sódico).

-Dieta y ejercicio

La llamada dieta mediterránea, rica en frutas, legumbres, pescado y verduras, y pobre en carnes y grasas saturadas, parece que es un factor protector frente a la HTA, sobre todo en los individuos ancianos y en la población de raza negra.

El consumo de aceite de oliva virgen extra también debería ser incorporado de forma rutinaria a la dieta, dado su alto contenido en ácidos grasos monoinsaturados, tocoferoles y polifenoles, sustancias que han demostrado ser cardioprotectoras .

La práctica de ejercicio moderado aeróbico, de forma regular, unos 30-60 minutos al día, 4 a 7 días a la semana descende de forma significativa la presión arterial y ayuda al control del peso corporal, por lo cual debe ser prioritario en hipertensos y normotensos.⁴⁴

Tratamiento farmacológico

Comenzar el tratamiento con una dosis baja del fármaco elegido, planificando una reducción gradual de la PA. Comprobar la respuesta en el plazo de 4-6 semanas. Este plazo será menor en casos de HTA estadio 3 y en pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular con HTA grado 1 y 2. Hay que considerar que la monoterapia no suele controlar a más del 50% de los pacientes, por lo cual la mayoría de los pacientes necesitarán una asociación de fármacos. Utilizar fármacos que posean una cobertura antihipertensiva de 24 horas en dosis única diaria⁴⁵. El objetivo del tratamiento es conseguir unas cifras de PA <140/90 mmHg y en caso de diabetes, enfermedad renal crónica o enfermedad cardiovascular cifras de PA <130/80 mmHg. En hipertensos seleccionados será preciso terapia hipolipemiente y/o aspirina asociada al tratamiento antihipertensivo. El tratamiento antihipertensivo debe ser para toda la vida del paciente.⁴⁶

Alcance comunitario de la intervención educativa.

Mediante esta investigación se identifican pacientes predispuestos a padecer de HTA a un corto o largo plazo, se logra la intervención precoz de los pacientes asintomáticos que no asisten a la atención primaria de salud, así como se logra aumentar el conocimiento de la enfermedad en la población, brindándole mejor calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de pesquisa activa, a los 908 pacientes pertenecientes al CMF # 14 del Municipio de Primero de Enero en el periodo comprendido entre Junio del 2013 a Julio del 2014, con el objetivo de implementar una Pesquisa Activa de Hipertensión Arterial (HTA). La muestra en estudio fue de 120 pacientes mayores de 18 años, de ellos 75 presentaron problemas de Hipertensión Arterial (HTA). El proceso de recolección de la información se obtuvo a partir del contacto directo con los pacientes mediante el cuestionario (Anexo 1), los datos recogidos de historias clínicas personales, fichas familiares. Instrumentos diseñados al efecto por el autor y tutor del trabajo. Luego de aplicada la pesquisa se demostró la realidad de pacientes que son propensos a adquirir la enfermedad por los factores de riesgos que presentan.

Criterios de inclusión.

1. Todos los pacientes mayores de 18 años incluyendo las embarazadas.
2. Consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

1. Pacientes que serán evaluados por el personal asignado para la investigación, pero que por su condición clínica no podrán incorporarse al estudio. (lactantes, transicionales y estudiantes)
2. Pacientes que no convivan en la vivienda en esos momentos. Traslado de domicilio.
3. Residentes del área de salud que se encuentran fuera en el momento de la pesquisa.
4. Invalidez total o parcial que imposibilite acudir a la consulta médica en ese momento.

Metodo de obtención de la informacion

Variables sociodemográficas y clínicas

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupos de edad	Cuantitativa continúa.	18 -25 26 – 35 36 -45 46 -50	Según años cumplidos.	Número y Porcentaj e según grupo de edad.
Color de la piel	Cualitativa policotónica .	Blanca: Mestiza: Negra:	Se explica así mismo.	Número y Porcentaj e.
Hiperlipidemia	Cualitativa policotónica .	Con hiperlipidemia Colesterol Total > 6.1 mmol/l HDL-c < 1.0 (H) ó < 1.2 (M) mmol/l Sin hiperlipidemia Colesterol Total < 6.1 mmol/l HDL-c < 1.0 (H) ó > 1.2 (M) mmol/l in hiperlipidemia	Ingestión de grasa animal.	Número y Porcentaj e.
Hábito de fumar	Cualitativa policotónica .	Fumadores: No Fumadores:	Se explica así mismo.	Número y Porcentaj e.
Diabetes Mellitus	Cualitativa dicotómica.	Glicemia +5.5 PTG +7.2 2 horas +11 Diagnosticado con tratamiento	Afección de HTA en el paciente pesquisado.	Número y Porcentaj e.

Antecedentes Patológicos Familiares	Cualitativa dicotómica.	Historia de algún familiar con enfermedad HTA Presente: Ausente:	Afección de HTA en un miembro de la familia del paciente pesquisado.	Número y Porcentaje.
Obesidad	Cualitativa	<i>IMC +30</i>	Afección de HTA en el paciente pesquisado.	Número y Porcentaje.
Síntomas y signos	Cualitativa	-Cefalea -Nauseas -Vómitos -Fotofobia -Palpitaciones -Irritabilidad -Insomnio -Trastornos de la personalidad -Visión en candelilla -Zumbido en los oídos -Vértigos -Escotoma	Síntomas y Signos de HTA Característicos.	Número y Porcentaje.

Los resultados obtenidos fueron computarizados y reflejados en tablas mediante programas de software Microsoft Office Word. Como medida de resumen de la información se usaron las frecuencias absolutas y relativas (proporción y porcentaje).

Aporte práctico de la investigación

La investigación tiene como intención inicial identificar los pacientes con factores de riesgos de la HTA en la población y una vez logrado este propósito educarlos y brindarles tratamiento, utilizando la información necesaria sobre la enfermedad, con la finalidad de elevar los conocimientos a través de la charla educativa.

Los participantes de forma voluntaria y anónima, accedieron a llenar encuestas, lo que nos dio la oportunidad de investigar y evaluar la preparación en cuanto a la patología en cuestión y la importancia de su conocimiento, para evitar diagnósticos tardíos y alteraciones mayores, al contrario lograr tratamientos tempranos y oportunos.

La pesquisa estuvo tutorada, asesorada y creada sobre las bases psicopedagógicas de la educación para la salud, además posee un enfoque comunicativo y para la elaboración de sus fundamentos teóricos se tomaron como bases las ciencias Filosóficas, la Pedagogía y la Psicología, las cuales permitieron desde el punto de vista teórico dar coherencia, científicidad y organización a la propuesta.

La intervención tiene como base teórica y metodológica el materialismo-dialéctico, al considerar la práctica social como principio y fin del conocimiento de la realidad, la representación de la relación entre el hombre y el medio social en un proceso histórico-concreto como máxima de cualquier empeño educativo en el que el hombre transforma al mundo en la medida en que se transforma a sí mismo.

Aspectos Éticos

Para esta investigación se contará con la afirmación del comité de ética e investigación de la institución. Se cumplirá estrictamente con el proceso de confiabilidad de la información.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de la muestra según grupos de edad y sexo en el periodo comprendido entre Junio del 2013 a Julio del 2014.

Grupos de edad (años)	Masculino		Femenino		Total General	
	#	%	#	%	#	%
18-25	4	13	4	9	8	10
26-35	5	16	9	21	14	19
36-45	10	32	16	36	26	35
45-50	12	39	15	34	27	36
Total	31	100	44	100	75	100

Como se puede observar existe un total de 75 pacientes afectados, de ellos 31 pertenecen al sexo masculino (representando el 41%) y 44 al femenino (representando el 59%) demostrándose con esto que existe mayor riesgo de poseer esta enfermedad en este sexo. En cuanto a las edades teniendo en cuenta el sexo se puede decir que la mayor cantidad de pacientes masculinos afectados están dentro del rango de 45 a 50 años para un 39%, en relación al sexo femenino se encuentran ubicados entre 36 y 45 años para un 36%. Por otro lado se puede decir en cuanto a las edades ya de forma general que la mayor cantidad de pacientes afectados se encuentran dentro del rango de 45 a 50 años que representa el 36% del total afectado, por lo que se puede plantear que la distribución de la población estudiada según grupos de edades y sexo, se comportó coincidentemente con los reportes de la literatura, tanto nacional como internacional (8), es decir, se observó predominio del sexo femenino, y una población envejecida. Los datos epidemiológicos en la India, reportados por Gupta al (15), quienes afirman que existe una prevalencia en el país asiático del 28.5% en los hombres y del 33.5% en la mujeres. En otro estudio realizado en el año 2002 en Inglaterra, con una muestra probabilística de 2853 sujetos, se observó una prevalencia de HTA en los caucásicos del 19% (hombres) y 13% (mujeres), mientras que en los afro-caribeños fue del 31% y 34%,

respectivamente, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) entre ambos grupos (16).

Tabla 2: Distribución de la muestra según color de la piel.

Color de la piel.	#	%
Blanca	55	73
Negra	20	27
Total	75	100

En esta tabla se puede observar que el color de la piel que predominó en los pacientes en estudio fue la piel blanca representando el 73 %, para un grupo de 55 y los afectados de piel negra comprende un total de 20 representando el restante 27%. Lo anterior coincide con la literatura consultada (8), se observó predominio de color de piel blanca, como cabría de esperarse, y, aunque no se encontraron otros donde se abordara dicha variable, es conocido que en Cuba este comportamiento no ha variado mucho, pues a pesar del mestizaje, sigue siendo la piel blanca la predominante.

Tabla 3: Distribución de la muestra según la hiperlipidemia.

Hiperlipidemia	#	%
Si	12	16
No	63	84
Total	75	100

La tabla 3 nos muestra que la hiperlipidemia es uno de los factores de riesgo presente pero no tiene gran peso dentro de los causales de la HTA pues solamente

existen un grupo de 12 pacientes afectados para un 16% del total. Lo anterior coincide con la bibliografía consultada (7) donde solo el 20% de la muestra se encuentran afectados.

Tabla 4: Distribución de la muestra según el hábito de fumar.

Habito de Fumar.	#	%
Fumadores	52	69
No fumadores	23	31
Total	75	100

En la tabla anterior se puede apreciar que del total de la muestra en estudio el 31% que es la menor cuantía representa a los no fumadores y el 69% a los fumadores, lo que evidencia mayor riesgo de padecer HTA, reafirmandose con ello que este factor es uno de los de mayor importancia. Lo anterior coincide con la bibliografía consultada (7) donde el 61.4% de la muestra representa a los fumadores.

Tabla 5: Distribución de la muestra según la afectación de la diabetes mellitus.

Diabetes mellitus	#	%
Si	32	43
No	43	57
Total	75	100

En esta tabla se puede observar que al distribirse la muestra según la afectación de la diabetes mellitus se constató que 32 pacientes padecen de esta enfermedad, representando el 43% y un total de 43 no la padecen, lo cual constituye el 57%,

coincidiendo con lo planteado en la literatura (7) donde de un total de 251 pacientes solo 41 para un 16.3% presentan diabetes mellitus como factor de riesgo.

Tabla 6: Distribución de la muestra según antecedentes de enfermedad.

Antecedentes de enfermedad	#	%
Familiares	52	69
Sin Antecedentes	23	31
Total	75	100

La tabla anterior nos muestra que el tipo de antecedentes más frecuente en este estudio fueron los familiares, constituyendo el 69 % del total, acentuando una vez más los resultados que las mutaciones hereditarias tienen una alta prevalencia a diferencia de los que son sin antecedentes que representó el 31%, coincidiendo con la literatura consultada (8) donde el 58% de 873 personas de 18 años y más de dos consultorios muestran antecedentes familiares de la enfermedad, no siendo así en hallazgos clínicos en la hipertensión arterial en una población peruana (7) donde el 49% de la muestra mostraron antecedentes familiares de la enfermedad y el 51% no mostraron antecedentes familiares de la enfermedad.

Tabla 7: Distribución de la muestra según la obesidad.

Obesidad	#	%
Obesos	41	55
No obesos	34	45
Total	75	100

La tabla anterior nos muestra que de un total de 75 pacientes 41 presentan obesidad representando un 55%, el restante 45% que equivale a 34 pacientes no presenta obesidad, lo cual indica que este factor constituye una causa importante de la presencia de la HTA, coincidiendo con la literatura consultada (7) donde el 55% de la muestra presentan obesidad.

Tabla 8: Distribución de la muestra según manifestación de los síntomas.

Presencia de síntomas	#	%
Los presentan	61	81
No los presentan	14	19
Total	75	100

En la tabla anterior podemos observar que un total de 61 pacientes tienen presencia de los síntomas que se manifiestan con este padecimiento, lo cual representa el 81% y solamente 14 representando el 19% son asintomáticos, esto indica que el mayor por ciento de los afectados presentan algún tipo de síntoma y por tanto saben cuándo actuar sobre dicha enfermedad, lo cual coincide con la literatura consultada (8) donde en la población estudiada, 336 pacientes (38.5%), padecían de hipertensión, los probables hipertensos no conocidos resultaron ser 68.

CONCLUSIONES

La investigación en el CMF 14 de Primero de Enero constituyó la pesquisa activa de HTA mediante la aplicación de encuestas para contribuir a determinar el diagnóstico precoz de la HTA y los factores de riesgo en pacientes mayores de 18 años. Se pudo obtener de la muestra tomada la cantidad de 75 pacientes que se han visto afectados por este padecimiento, existiendo una mayor prevalencia en el sexo femenino, en un rango de edad de 45 a 50 años, principalmente en pacientes de piel blanca, en fumadores activos, que presentan antecedentes familiares, en obesos y en pacientes asintomáticos.

Al ser evaluados estos resultados se puede decir que con la detención temprana de la enfermedad y la indicación del tratamiento adecuado se logra concientizar al paciente sobre convivir con esta enfermedad crónica, disminuyendo la morbimortalidad y aumentando así la calidad de vida de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Recomendamos extender la aplicación del proyecto de Pesquisa Activa de Hipertensión Arterial aplicado en el CMF 14 de Primero de Enero en pacientes mayores de 18 años al resto de los consultorios del municipio, a las áreas de salud de la provincia de Ciego de Ávila, así como en otras provincias con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz de esta enfermedad y su tratamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- 1.- Mancia G, Bombelli M, Corrao G, Facchetti R, Madotto F, Giannattasio C, et al. Metabolic Síndrome in the Pressioni Arteriose Monitorate E Loro Asociación (PAMELA) Study: Daily Life Blood Pressure, Cardiac Damage, and Prognosis. Hipertensión [internet]. 2007 [citado el 23 de febrero del 2010]; 49: [aprox.1p.]. Disponible en: <http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/short/52/5/816>
- 2.- Cooper RS, Orduñez P, Ferrer I, Bernal Muñoz JL, Espinosa Brito A. Cardiovascular Disease and Associated Risk Factors in Cuba: Prospects for Prevention and Control. MEDICC Review. 2006; 7(1):34-40.
- 3.- John U, Meyer C, Harka M. Smoking status, obesity and hipertensión in a general population sample: A cross-sectional study. QJM [internet]. 2006 [citado el 23 de abril del 2010]; 99(6):[aprox.1p.]. Disponible en: http://www.bago.com/BagoArg/biblio/cardioweb_715.htm
- 4.- The ONTARGET Investigators. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. N Eng J Med. 2008; 358:1547-59.
- 5.- Macia G, Parati G, Rivera M, Bilo G, Guiliano A, Veglia F, et al. Statins, antihypertensive treatment, and blood pressure control in clinic and over 24 hours: evidence from PHYLLIS randomized double blind trial. BMJ [internet]. 2010 [citado el 20 de febrero del 2010]; 340: [aprox.1p.]. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/339/>
- 6.- Hernández Meléndez E, Palomera Chávez A, De Santos Ávila F, Zulueta Gómez F. Psicología de la salud en la atención a enfermos cardiovasculares. En: Hernández
- 7.- Hernandez Cueto, M. La hipertensión aumentará un 25% en países desarrollados y un 80% en los más pobres para el 2025. 2009.
- 8.- Quesada A, J. Morbilidad por hipertensión arterial en dos consultorios de medicina familiar. Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. 2008.
- 9.- Barengo NC, Kastarinen M, Antikainen R, Nissinen A, Tuomilehto J. The effects of awareness, treatment and control of hipertensión on cardiovascular and all-caused mortality in a community-based population. Journal of Human Hypertension 2009; 23:808-816

- 10.- Schettiani C, Sandoya E, Bianchi M, Seura H. Menos uso de fármacos antihipertensivos en hipertensos con cifras menores de presión. *Rev urug cardiol* 2009; 21:16-22.
- 11.- Márquez Contreras E. Evaluación del incumplimiento en la práctica clínica. *Hipertensión*. 2008; 25:205-13.
- 12.- Veloso Rodríguez A. Particularidades del cuadro interno de la enfermedad en pacientes con cardiopatía isquémica. [Tesis psicología]. Santa Clara: UCLV; 2006.
- 13.- Sansó Soberats FJ. Momentos de la medicina familiar cubana a 20 años de la creación del modelo [Internet]. [citado el 20 de febrero del 2010]. [aprox 1 p] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-21252004000500013&sript=sci_arttext
- 14.- Genovesi S, Sntolini L, Giussani M, Brambilla P, Barbieri V, Galbiate S, et al. Hypertension, and transient elevated blood pressure in children: association with weight excess and waist circumference. *Am J Hypertens* [Internet]. 2010 [citado el 21 de abril del 2010]. Disponible en: <http://doi10.1038/ajh.2010.50>
15. - Gupta R, Sharma AK , Gupta VP, et al. Increased variance in blood pressure distribution and changing hypertension prevalence in an urban Indian population. *Journal of Human Hypertension* (2003) 17, 535–540. doi:10.1038/sj.jhh.1001588.
16. Lane D, Beevers DG, Lip GY. Ethnic differences in blood pressure and the prevalence of hypertension in England. *Journal of Human Hypertension* (2002) 16, 267–273.
- 17 Sierra PA, Sierra P, Galcerán JM, Sabaté A, Martínez-Amenos A, Castaño J. Documento de consenso sobre hipertensión arterial en anestesia, Sociedades catalanas de anestesiología e hipertensión arterial. *Hipertensión* 2009; 26(5):218-228.
- 18.- Chachaj A, Malyzczak K. May personality traits conduce to essential hipertensión. *Journal Arterial Hipertens*. 2008; 12(4): 192-96.
- 19.- Sicras-Mainar A, Velasco-Velasco S, Navarro-Artieda R. Perfil de comorbilidad, grado de control, uso de recursos sanitarios y presencia de evento cardiovascular en sujetos con hipertensión arterial en el ámbito de la atención primaria de salud. *Hipertensión* [Internet]. 2009 [citado el 12 de mayo del 2010]; 26(5): [aprox.1p].

Disponible en: <http://www.elsevier.com>

20.- Alfonso Guerra JP. Usted puede controlar su hipertensión. Editorial Científico-Técnica. La Habana 2010

21.- Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Publica 2010;27(1):1-9.

22.- Benet Rodríguez M, Morejón Giraltoni A, Espinosa Brito A, Landrove Rodríguez O, Peraza Alejo D, Orduñez García P. Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. MediSur [Internet]. 2010 [citado el 27 de mayo del 2010] ; 8(2): [aprox.1p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-es.897X2010000200010&lng=

23. Espinosa Brito A. Aspectos Demográficos y Epidemiológicos del envejecimiento. En: Espinosa Brito A, ed. Temas de Gerontogeriatría. Cienfuegos: Editorial Finlay, 1990:15-26.

24. Álvarez Fernández D. Algunas enfermedades cardiovasculares del anciano. En: Espinosa Brito A, ed. Temas de Gerontogeriatría. Cienfuegos: Editorial Finlay, 1990:95-124.

25. Quintana Galende ML, Rocha Hernández JF, Bermúdez López J. Caracterización del anciano. Estudio realizado en un área de salud del municipio Cienfuegos. Rev Cubana Med 1988; 27(10):94-104.

26. Roccella EJ, Bowler AE, Horan M. Consideraciones epidemiológicas para definir la Hipertensión. Clin Med North Amer 1987; 71(5):815.

27. Macías Castro I, Álvarez Batard G, Suárez Navarro E, Pernas Mayo C. Evaluación y tratamiento del paciente hipertenso. Rev Cubana Med Gen Integr 1991; 7(1):84-93.

28. Orduñez García PO, Espinosa Brito A. Hipertensión Arterial. Rev Finlay 1994; 8(1): 19-32.

29. Valdesuso Aguilar R, Pérez Medina T, García Barreto D. A propósito de las "consideraciones acerca del seguimiento terapéutico ambulatorio de la hipertensión esencial. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 1992;6(2):99--101.

30. Romeo Doger MM, Fernández Brito, JE. Estudio de la prevalencia de las enfermedades de origen aterosclerótico en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992; 8(2):127-138.
31. Dueñas Herrera A. Hipertensión Arterial, su control en el nivel primario de sa-lud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(3): 195--213.
32. García Tijera J. Tratamiento del paciente con enfermedad cerebrovascular isquémica. *Revisiones de conjunto* 1987;10(1):3-60.
33. Amioka H. Clinical estimation of coronary risk factors with special reference to coronary arteriographic findings. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 1990;27(2):206-213.
34. Fernández Felipe R, Aldereguía Henríques J. Salud, mujer cubana y cardiopatía isquémica. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovas* 1992;6(2):76-82.
- Fernández
35. Hypertension in the population at large. En: Kaplan M. *Clinical Hipertensión*. Norman. 7 ed. Baltimore: Ed. William and William; 1998. p. 1-17.
36. Brent ME, Yumin Z, Neal Axon R. US trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension.1988-2008. *JAMA*. 2010;203(20):2043-50.
37. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289:2560-72.
38. European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology. Guidelines for Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hyperten*. 2007;25:1105-87.
39. Pickering TG, Shimbo D, Hass D. Ambulatory Blood-Pressure Monitorin. *N Engl J Med*. 2006;353:2369-74.
40. Álvarez Batard G, Ruso R, Pérez Caballero MD, Fernandez MA. Manual clínico del monitoreo ambulatorio de la presión arterial. *Rev Cubana Med*. 2006;45(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0034-752320060004&lng=es&nrm=iso
41. Aruz-Pacheco C, Parrot MA, Raskin P. Treatment of hypertension in adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25:134-47.

42. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med. 1999;38(3):160-9. Fecha de acceso: 6 de enero de 2011. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol38_3_99/medsu399.htm
43. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial (continuación). Rev Cubana Med. 1999;38(4):219-46. Fecha de acceso: 6 de enero de 2011. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol38-4-99/medsu499.htm>
44. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. J Hypertension. 2004;22(1):11-9.
45. de la Noval R, Dueñas A. Programa de control de la hipertensión arterial en el municipio Plaza (CHAPLAZA). Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(5-6):1-7.
46. Pérez Caballero MD, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Vásquez Vigoa A, Navarro Despaigne D, Hernández Cueto M, et al. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión arterial. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.

ANEXO 1

Pesquisa activa mediante este cuestionario de preguntas sobre los factores de riesgo de Hipertensión Arterial

- Nombre _____.

• En que rango de edad se encuentra usted

18-25 _____ 26-35 _____ 36-45 _____ 45-50 _____

• Color de la piel.

Blanca _____ Negra _____

• Ingiere la grasa animal con mucha frecuencia.

Poca _____ Mucha _____.

• Es fumador

Si _____ No _____.

• Presenta mucho estrés en su trabajo

Si _____ No _____.

• Tiene antecedentes familiares que padezcan de la enfermedad.

Si _____ No _____.

• Usted le ha subido la presión en alguna ocasión

Si _____ No _____

• Presenta usted alguno de estos síntomas o malestares.

Zumbido en los oídos _____.

Fogaje ____.

Ojos rojos ____.

Dolor de cabeza ____.

Lenguaje tropelozo ____.

Opresión torácica ____.

Taquicardia ____.