

***Universidad de Ciencias Médicas de
Ciego de Ávila.
Filial de Ciencias de la Salud Arley Hernández Moreira.
Morón.***

TÍTULO: Caracterización .de la población hipertensa del CMF# 2 de la comunidad de Ranchuelo.

(Tesis en Opción al Título de Especialista de primer grado en Medicina General Integral.)

AUTOR: Dr. Ernesto Idelio Guzmán Chávez.

Morón, 2016.

***Universidad de Ciencias Médicas de
Ciego de Ávila.
Filial de Ciencias de la Salud Arley Hernández Moreira.
Morón.***

TÍTULO: Caracterización de la población hipertensa del CMF# 2 de la comunidad de Ranchuelo.

(Tesis en Opción al Título de Especialista de primer grado en Medicina General Integral.)

AUTOR: Dr. Ernesto Idelio Guzmán Chávez.

Residente de segundo año.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Universitario Docente Norte Diego del Rosario. Morón.

Tutor: Dra. Oriadis Milián López
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.
MGI de la APS en el área de salud Camilo Cienfuegos. Chambas.

Asesor: MSc. Carlos Vladimir Morales Más.
Lic. en psicopedagogía y máster en Ciencias de la Educación Superior.
Profesor Principal Auxiliar.
Unidad Municipal de Promoción de Salud y Prevención de las Enfermedades.

Morón, 2016.

Resumen:

Palabras claves: Hipertensión arterial, obesidad, diabetes y hábito de fumar.

Se realiza un estudio descriptivo con el propósito de determinar las características de la población hipertensa del CMF # 2 de la comunidad de Ranchuelo en el municipio de Chambas, se trabajó con una muestra seleccionada al azar y de forma intencional de 174 sujetos que representan el 47,7% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, se aplicó una encuesta según variables de estudio y se procesó la información con la utilización del porcentaje, los principales resultados indican que : la obesidad (39,7%), los antecedentes familiares (46,6%) y el hábito de fumar (40,8%) constituyen los principales factores de riesgo que inciden en la aparición de la enfermedad (48,9%), los hipotensores más utilizados son los diuréticos (60,9%) y los ECA (48,9%), este estudio contribuye al perfeccionamiento en la aplicación del Programa Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial en Cuba.

ÍNDICE:

Introducción.....	1
Marco Teórico.....	6
Materiales y Métodos.....	23
Resultados y Discusión.....	29
Conclusiones.....	35
Recomendaciones.....	36
Referencias Bibliográficas.....	37
Anexos	

Introducción:

La prevención de la HTA es la medida más importante y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la tensión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad, de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La comunidad toma cada día mayor conciencia de su responsabilidad en esta lucha. (1,2)

El tratamiento de la HTA se hace cada vez más preventivo y se sustenta en su piedra angular: el cambio de estilo de vida a uno más sano. Por ello se hace necesario intensificar y expandir programas educativos para reforzar el control adecuado y permanente de los factores de riesgo modificables para la HTA. Aspectos específicos del estilo de vida, tales como el conocimiento acerca de la enfermedad, la dieta, los patrones de actividad física, el hábito tabáquico y el consumo de alcohol, han sido representativos marcadores de efectos importantes de morbilidad y mortalidad, especialmente si se encuentran aunados a una enfermedad en el paciente. Así se plantea que la salud se podría prolongar modificando tales aspectos del estilo de vida por medio de técnicas de modificación de la conducta. (3,4)

Todo este verdadero arsenal terapéutico permite el control de la hipertensión arterial en la mayoría de los pacientes. Pero esto no es todo; en la medida que avanza el conocimiento de los mecanismos que podrían estar involucrados en el desarrollo de la hipertensión arterial, se van desarrollando nuevas drogas capaces de interferir con dichos mecanismos. (5)

Si pensamos que hace poco más de 100 años se pudo disponer de un método seguro para medir la presión arterial en forma repetitiva y hace 50 años casi no se disponía de recursos terapéuticos, es enorme el avance logrado y las enseñanzas que han dejado algunas investigaciones como las de Kuschnir E. y Resk J. en todos los aspectos de la hipertensión arterial. (6) No obstante hay muchos

desafíos que de manera interdisciplinaria se considera se deberían encarar en el futuro, siendo los más importantes:

- Aumentar el porcentaje de pacientes diagnosticados, estimulando la atención primaria.
- Incrementar el número de pacientes tratados y la adhesión al tratamiento.
- Lograr niveles más bajos de presión arterial, en los grupos de riesgo..
- Sintetizar drogas efectivas, sin efectos adversos y de acción prolongada, pero de bajo costo.
- Implementar programas para reducir el riesgo cardiovascular en la población general con la mejor relación costo-beneficio. (6)

No obstante, debemos recordar que a pesar de los deslumbrantes avances obtenidos con metodologías bioquímicas y en las técnicas de diagnóstico por imagen, al igual que los progresos en el tratamiento, el médico en su práctica diaria debe tomar decisiones basadas en el arte de la medicina, el cual es una combinación de conocimientos científicos, intuición y criterio. Esto es válido para todos los campos de la salud y obviamente también es aplicable a la hipertensión arterial (6).

La población mundial continúa su crecimiento, aunque ahora y probablemente en el futuro, a un ritmo más lento. En el 2050 tendremos más de 9 000 millones de habitantes en el planeta, 2 500 millones más que en la actualidad. El envejecimiento creciente, la disminución de hijos por mujer, el aumento de la edad media global y la expectativa de vida mayor, son también fenómenos demográficos que se acentuarán en el próximo decenio. Al mismo tiempo, la HTA aumenta en el mundo. Una mejor pesquisa, el perfeccionamiento de los servicios sanitarios y una mayor conciencia de los ciudadanos sobre su salud, permitirá exhibir una cifra más cercana a la real del problema actual y futuro de la enfermedad. (7-8).

Las cifras de prevalencia en países desarrollados son con mucha frecuencia, superiores al 30 % de la población total adulta, y en los mayores de 60 años o más en ocasiones afecta a uno de cada dos. (8) El control efectivo de la afección en países con buenos recursos sanitarios y programas alentadores, no pasa de un

tercio de los enfermos. El riesgo cardiovascular aumenta cuando no existe control de la enfermedad, aspecto este que ha sido alertado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (9,10)

Cuba, con un cuadro de salud envidiable en el mundo actual sobre todo en lo relativo a enfermedades crónicas no transmisibles, no ha logrado mantener controlado a los hipertensos detectados, por ser muy pobre su adherencia al tratamiento por largos periodos, lo que pudiera deberse a que existen dificultades en cuanto al grado de conocimiento sobre su enfermedad por parte de los propios pacientes, así como sobre la importancia de la adopción de estilos de vida saludables. El tratamiento de los facultativos tiende a hacerse de forma individual, con menos riesgo, más natural, con mayor participación, conciencia y responsabilidad del enfermo. Esta estrategia individual es necesaria para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecer la enfermedad o la padecen. De este modo es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales. (1).

Estos cambios, que reflejan una disminución cada vez más progresiva en los valores de tensión arterial, se producen debido a la observación de la morbimortalidad en pacientes con valores de presión considerados anteriormente como normales (140-90), así como su asociación con otras enfermedades, que comprometen directamente la vida de los pacientes, tales como cardiopatías, ictus e insuficiencia renal. (11)

Se estima que en Cuba, dentro de nueve lustros, tendremos una de las variantes de crecimiento demográfico más aceptadas, casi tres millones menos de personas, con un 22 % más, de adultos mayores de 60 años, en los cuales se incluyen un 10 % más de mayores de 80 años y las cifras de HTA seguirán altas con un tercio de la población afectada, pero no se sabe cuando revertiremos el riesgo cardiovascular implícito en ella de manera eficiente y permanente, aunque no cabe duda que la atención primaria jugará un papel importante en cualquier

estrategia que se adopte, incluyendo las que se decidan a nivel de los servicios de urgencias. (7,8)

Para esto, es esencial la información que tenga el paciente hipertenso acerca de su enfermedad y la manera en que pueda controlarse, así como la información, más o menos detallada que le brinda al médico, que contribuya al mejor monitoreo y tratamiento de su patología, en la ardua lucha para disminuir las secuelas y muerte causadas por la misma. Además, el objetivo primario de la ciencia no es llegar a la verdad absoluta sino cerrar las puertas al error sin límites. (7,8)

En Cuba son muchos los casos diagnosticados y tratados, pues existe un buen programa nacional (7) para el control de esta enfermedad, pero las tasas de incidencia y prevalencia de HTA podrían ser menores, al existir un amplio conocimiento de los factores de riesgo por parte del personal de salud y la población general, que son los elementos fundamentales, a los que deben estar dirigidas las labores de promoción y prevención, contribuyendo así a la disminución de las crisis hipertensivas y las complicaciones de la enfermedad. (9,13)

La Hipertensión Arterial es una de las principales enfermedades, así como sus factores de riesgo en la población atendida con los Médicos en las comunidades. (14,15)

En Cuba aun no se concretan de forma adecuada en la práctica las estrategias de trabajo en el control y seguimiento a los hipertensos a pesar de estar diseñadas por no contar en cada CMF con un estudio específicos sobre las características de la población hipertensa con la cual trabaja el EBT (Equipo Básico de Trabajo). De ahí que el problema de esta investigación sea, ¿Qué características tienen los pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio # 2 del área de salud Camilo Cienfuegos?

OBJETIVOS:**GENERAL:**

Caracterizar los pacientes mayores de 18 años hipertensos del Consultorio Médico de Familia (CMF) # 2 de la comunidad de Ranchuelo en el área de salud Camilo Cienfuegos del municipio de Chambas.

ESPECÍFICOS:

- 1) Fundamentar los elementos teóricos que definen a la hipertensión arterial y sus factores de riesgo.
- 2) Identificar los principales factores de riesgo y/o enfermedades asociados, tiempo de diagnóstico, clasificación y formas más utilizadas de atención al paciente hipertenso.

I- Marco Teórico:

La Hipertensión Arterial (HTA) es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Cerebro Vascular, Insuficiencia Renal y contribuye significativamente a la Retinopatía.(16)

Numerosos estudios realizados han demostrado la asociación de la HTA con el desarrollo de estas enfermedades más letales, por lo que su control reduce la morbilidad y la mortalidad por Enfermedad Cerebro Vascular, Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Isquémica e Insuficiencia Renal.(16)

La prevención de la HTA es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de HTA nos obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la HTA, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo.(16)

Por otra parte, es necesaria una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen. De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales. En ambos casos, la modificación positiva de los estilos de vida es un pilar para obtener estos beneficios.(16)

Hipertensión arterial. Epidemiología

La Hipertensión Arterial (HTA) está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos. La prevalencia ha estado en aumento, asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos.(16)

En el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica. La HTA está presente en la mayoría de ellas.(16)

Las tendencias mundiales al incremento de la expectativa de vida en la mayoría de los países, ha propiciado que una gran cantidad de personas transite hacia el envejecimiento. En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre un 15% y el 30%. La frecuencia de HTA aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de HTA. En muchos países es la causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda de uso de medicamentos.(16)

En cuanto a su etiología la HTA es desconocida en el 95% de los casos, identificándose como esencial o primaria. El restante 5% es debido a causas secundarias.(16)

De los numerosos estudios, el realizado en Framingham demostró su asociación con otras afecciones como la obesidad, encontrada en el 78% de los hombres y en un 64% de las mujeres. Los individuos con inactividad física alcanzaron un riesgo del 35% de padecer HTA. En aquellos que padecían Diabetes Mellitus de larga duración se halló en un 66%. El incremento de la ingestión de alcohol aumentó progresivamente las cifras de HTA. Así mismo lo hizo el tabaquismo. En la Gota, la hiperuricemia se presentó entre un 25% a 50% de las personas hipertensas no tratadas.(16)

La prevalencia estimada en nuestro país está alrededor de los dos millones de hipertensos. No obstante, el informe de dispensarización de hipertensos del MINSAP en 1996 aportó que sólo el 8,8 % de la población adulta estaba bajo este

método activo de control, muy lejos de la prevalencia demostrada. Es de suponer por ello, que una gran masa de hipertensos no están detectados, muchos no tratados y similar cuantía no controlados.(16)

La I Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Cuba, evidenció que del total de hipertensos detectados sólo el 60,8% eran conocidos y de estos el 75% tenían tratamiento, de los cuales un 12,3% cumplía tratamiento no farmacológico. Un 20,9 % lo hacía con medicamentos y el 42% usaban ambos. Del total de hipertensos conocidos, sólo el 45,2% estaban controlados.(16)

Es importante por ello, que el enfoque epidemiológico para el análisis de este problema de salud, vaya acompañado de adecuadas intervenciones para producir resultados que ya se están haciendo patentes en diversas regiones. Asimismo estas deben ser evaluadas en cuanto a su eficacia y efectividad.(16)

Se ha demostrado una eficacia de la prevención superior al 50% en el proyecto de Karelia del Norte, en Finlandia, donde en un período de 20 años (1972-1992) la incidencia de las cardiopatías disminuyó 55% en los hombres y 68% en las mujeres. Es de suma importancia precisar que el 80% de la disminución en los hombres y el 72% de la disminución en las mujeres fue atribuible a la reducción de la prevalencia de sólo tres factores de riesgo: Hipertensión, hipercolesterolemia y tabaquismo.(16)

En Cuba, el Proyecto Global Cienfuegos después de cuatro años redujo la prevalencia de hipertensión arterial de 43,9% a 38,5%. La OMS estima que una disminución de 2 mm de Hg en la Presión Arterial Media de la población produce una reducción de 6% en la mortalidad anual por accidentes cerebrovasculares, 4% para las cardiovasculares y un 3% para todas las causas asociadas. Si esto se aplica a la reducción media lograda en Cienfuegos (Aproximadamente 3,5 mm de Hg), pueden lograrse disminuciones de 9% para las enfermedades cerebrovasculares, 6% para las cardiovasculares y 4,5% para todas las causas.(16)

En el programa cubano para el control de la hipertensión arterial se expone la necesidad de proyectar e integrar las acciones en todos los territorios, desde el nivel local, orientando las medidas de promoción de salud con apoyo a la

prevención clínica para alcanzar metas adecuadas de prevención primaria (entre otras, reducir la incidencia) propiciando una reorientación de los servicios de salud para elevar la calidad de la atención y cumplir las metas de prevención secundaria (entre otras, reducir tasas de complicaciones etc.), produciendo el impacto y los resultados deseados, con la correspondiente evaluación del proceso.(16)

El control de la hipertensión arterial como problema de salud

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 cardíaca y la enfermedad renal crónica. 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. 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-2007, 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.(17,18)

Criterios de control en hipertensión arterial

¿Cuándo se considera que un paciente tiene controlada su hipertensión?
¿Cuándo en una población estudiada se puede emitir criterios de porcentaje de dicha comunidad hipertensa como controlada? Los conceptos de hipertensión controlada han variado en las últimas 2 décadas. Actualmente se acepta que un paciente hipertenso, diagnosticado como tal, tiene control de la HTA, cuando presenta cifras de presión arterial menores de 140 mmHg de presión arterial sistólica y menos de 90 mmHg de presión diastólica. (19,20) Los estudios al respecto se refieren, a veces de manera no muy explícita, a mediciones ocasionales de la presión arterial, en cortes realizados en una consulta, o a estudios programados de prevalencia en una comunidad o país, con elaborados diseños muestrales y con cifras de presión arterial recogidas en 2 o 3 mediciones casuales y aceptación de valores promedios de dichas mediciones; algunos de estos estudio se efectúan con equipos automáticos o semiautomáticos de medición de la presión arterial, que a veces tienen notables variaciones entre una y otra medición. Se consideran más efectivas las mediciones por el método auscultatorio, aunque también es cierto que en estos casos, el efecto o fenómeno de la "bata blanca" puede influir en los valores. 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. (19,20) 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.(19,20) 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 4 consultas o controles médicos en el año. (19,20) Esto es válido para la atención "dispensarizada" de pacientes con enfermedades crónicas, como la HTA, la diabetes mellitus, el asma bronquial y otras. Así, en dicho programa nacional, los criterios para el control de la HTA son:

- Hipertenso controlado, cuando todos los controles en el término de un año (mínimo 4) estuvieran por debajo de las cifras de 140 y 90 mmHg.
- Hipertenso parcialmente controlado, cuando, en ese período, sólo se lograba más de 60 % de cifras por debajo de 140 y 90 mmHg.
- Hipertenso no controlado o descontrolado, si en el año no se alcanzaba 60 % de valores de PA por debajo de 140 y 90 mmHg en un mínimo de 4 consultas o visitas al médico. (16)

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, de 2004, 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 %.(16)

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 P A en 1 año fueron inferiores a 140/90 mmHg; como parcialmente controlados obtuvieron 36,0

% y no controlados, 18,4 %.¹¹ 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". 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. Así, en las Guías Cubanas de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, en vigor desde el año 2003, actualizada en el 2008.(16) 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 PAS y/o 90 mmHg de 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. En la encuesta cubana de factores de riesgo efectuada en el año 2001, realizada en personas mayores de 15 años, de áreas urbanas, 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.

Otro estudio llevado a cabo por los doctores Reinaldo de la Noval y Alfredo Dueñas Herrera, en 6 provincias de Cuba. (23) 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.

Control de la hipertensión

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 2004, 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 2004; 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.(13)

Factores que influyen en el pobre control de la hipertensión arterial

Numerosas son las situaciones y los factores que influyen en el pobre control de la hipertensión arterial en cualquier país, región o comunidad y son los mismos que se evidencian al profundizar en los motivos de un pobre control de la presión arterial en un paciente hipertenso dado. Algunos de estos factores dependen del propio paciente, otras veces dependen del médico. Los principales son:

Dependientes del paciente

- No adhesión al tratamiento.

- Consumo excesivo de sal.
- Obesidad.
- Efectos secundarios o colaterales molestos.
- No entender las indicaciones del médico, le resultan muy complejas.
- Desconocimiento de padecer la enfermedad.
- No tener conciencia de los riesgos de la enfermedad.
- Costo de los medicamentos.
- "Efecto de la bata blanca".

Dependientes del médico

- Indicación de tratamientos inadecuados.
- El comienzo tardío de una terapéutica medicamentosa necesaria. Las no modificaciones oportunas de la misma (inercia terapéutica).
- El conformismo con las cifras de presión alcanzadas.
- La poca insistencia en las modificaciones del estilo de vida.

Para muchos pacientes con hipertensión arterial, la adhesión al tratamiento se hace difícil principalmente cuando necesitan de varios medicamentos para controlar su presión arterial y a ello se suma que en muchos pacientes al ser esta afección asintomática, no consideran necesario ser tan estrictos en el cumplimiento de las indicaciones médicas y fácilmente abandonan el tratamiento total o parcialmente; no pocos casos, precisamente, no han llegado a tener conciencia real de lo riesgoso de su afección.(7,8) En muchas comunidades el tenor de sal en la alimentación es excesivo, tanto en la confección casera de sus comidas como en el consumo de alimentos industrialmente elaborados, lo que conspira contra la efectividad de los medicamentos antihipertensivos. El bajo control actual de la HTA está también relacionado con la inercia clínica, cuando el médico no realiza los cambios en el tratamiento de los hipertensos que no están bien controlados, así mismo, si las combinaciones terapéutica indicadas no son sinérgicas, o las dosis a las cuales que se indican por parte del facultativo no son las adecuadas, el control del hipertenso se dificulta y lo mismo sucede cuando el médico se conforma con reducciones de la presión arterial sin que se llegue a las

cifras consideradas como normales, es decir por debajo de 140/90 mmHg;(16) esto sucede a veces en el tratamiento del anciano hipertenso en el que el médico teme ocurran reducciones mayores de su presión arterial y, en consecuencia, cuando se hacen las encuestas o revisiones de control del hipertenso estos enfermos engruesan la filas de los "no controlados".

El estudio de prevalencia de enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, se basa fundamentalmente en encuestas que se planifican en un tiempo determinado y mediante la aplicación de normas o condicionales que se precisan en los diseños muestrales; en este caso, al medir la presión arterial de los sujetos seleccionados en dichos diseños, se hallan sujetos que ignoraban ser hipertensos y se declaran como tales al encontrárseles cifras de presión arterial de 140/90 mmHg o más; estos serán los "nuevos hipertensos" que se consideran como no controlados, y que en las distintas encuestas representan el 10 % o más de la población encuestada.

Los medios o métodos de medición de la presión arterial pueden variar al precisar su control. Así, en un estudio reportado en la revista española Hipertensión, del año 2008,(18) en el que se refiere a la falta de concordancia entre los porcentajes encontrados en un estudio de 241 pacientes hipertensos, las mediciones realizadas en los consultorios hallaron 27 % de hipertensos controlados, muy diferente a los controlados encontrados por la automedida de la presión arterial (AMPA) que fue, en ese mismo grupo, 56 % y que por el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) de 24 h resultó 61 %. O sea, que un porcentaje muy significativo de hipertensos no se encontraron controlados en las consultas del médico en comparación con las tomas de la PA en forma ambulatoria o por automedia en sus respectivos hogares.(19) Estas diferencias o falta de concordancia se atribuyen al llamado "efecto de la bata blanca sobre la presión arterial". El monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) es un método de medición que contribuye eficazmente no solo al diagnóstico correcto de pacientes que se incluyen como "hipertensos de la bata blanca", sino a precisar mejor los controles en pacientes hipertensos que por motivo de ese efecto exhiben mayores

cifra de presión arterial cuando se enfrentan al médico en su consultorio y su presión arterial se registra como no controlada.

En relación con las medidas terapéuticas no adecuadas, es interesante un estudio que compara los resultados del control de la hipertensión arterial entre 5 países de Europa Occidental con el de los Estados Unidos y demuestra que en esta última nación, existe mayor porcentaje de hipertensos controlados que los de esos países europeos comparados y se concluye que estos mejores resultados se deben a una terapéutica medicamentosa más agresiva, tanto en su inicio como en las combinaciones medicamentosas, así como a una modificación más temprana del tratamiento, en los casos con inadecuado control(20).

La mayoría de los hipertensos requieren 2 o más fármacos para lograr el control de su hipertensión, así se concluye en las recomendaciones del VII reporte del JNC. La experiencia alcanzada por nosotros en la consulta especial protocolizada, del Hospital "Hermanos Ameijeiras", para pacientes con hipertensión arterial "complicada", en el año 2008, nos permitió lograr el control de la enfermedad en 69 pacientes de los cuales fue necesario indicarles el empleo de 3 fármacos antihipertensivos al 34,8 % y 4, al 21,7 %; en la evaluación periódica de los pacientes en dicha consulta se aumentó la dosis de medicamentos al 57 % de ellos y se realizaron cambios o adiciones de fármacos antihipertensivos al 43 %, (21) lo que demuestra la necesidad de la estricta evaluación individual del paciente hipertenso y que se requieren correctas y oportunas modificaciones terapéuticas para su adecuado control.

La hipertensión refractaria

Se define como hipertensión refractaria, también conocida como hipertensión resistente, la condición presente en un número no despreciable de hipertensos que a pesar de una terapéutica farmacológica con 3 medicamentos antihipertensivos en dosis adecuadas, uno de los cuales es un diurético, (22,23) sus cifras de presión arterial persisten por encima de 140/90 mmHg, su HTA es "no controlada". Representan un grupo especial de hipertensos en los cuales es necesario extremar las acciones de diagnóstico y tratamiento pues están más

propensos a sufrir alguna de las complicaciones a las que conduce la hipertensión arterial no controlada. En este grupo se pueden detectar pacientes que se corresponde con la categoría de hipertensión psuedorretractaria como:

- Los hipertensos no controlados por el efecto de la "bata blanca".
- Los que se tratan con combinaciones no sinérgicas de medicamentos antihipertensivos.
- La pseudohipertensión del anciano.
- La incorrecta medicación de la presión en pacientes obesos con "manguitos" insuficientemente aptos para sus gruesos brazos.
- La administración concomitante de fármacos simpaticomiméticos u otros como los antiinflamatorios no esteroideos.

Una vez corregido estos factores, puede lograrse el control en estos enfermos. Otras veces estamos frente a un hipertenso refractario en quien no se ha detectado una causa secundaria de hipertensión arterial, como la coartación de la aorta, la estenosis de la arteria renal o alguna enfermedad endocrina que cursa con altas cifras de presión arterial y en los cuales una vez tratada esa afección, quirúrgicamente o no, se alcanza el control de la HTA.

En nuestro hospital se aplica la protocolización de enfermedades con determinada relevancia por su trascendencia o por su dificultad en el diagnóstico o en su terapéutica. Por el protocolo de hipertensión refractaria, en un periodo de 3 años (2007-2009) se atendieron un total de 40 pacientes con diagnóstico al ingreso de esta condición y a su egreso hospitalario se pudo controlar las cifras de presión arterial en el 85 % de ellos, lo que demuestra que con mayor dedicación a los posibles factores que interfieren en el pobre control de los hipertensos, se pueden alcanzar resultados satisfactorios.

Medidas para mejorar el control de la hipertensión arterial

Puede recurrirse a medidas como las emprendidas en el Reino Unido, que bajo el título de "pago por desempeño", se ha iniciado una campaña con médicos de atención primaria para mejorar los índices o resultados en la atención de pacientes con alguna afecciones crónicas, entre ellas la hipertensión arterial.(24) Se señalan

los resultados alcanzados con estas medidas y se reporta una diferencia en el control de la hipertensión arterial de 22 % en 2003 a 28 % en 2006, y en los pacientes en tratamiento de 46 % a 52 %, más significativos estos resultados en mujeres.

Hay otras experiencias con mayor y más real efectividad en el control de la hipertensión arterial. En nuestro país, el doctor Dueñas es el profesional que más ha trabajado en este sentido y que mereció el premio al mejor trabajo realizado en una institución iberoamericana del Segundo Congreso Virtual de Cardiología (SCVC), Argentina. Así, sus experiencias en el proyecto comunitario desarrollado en el municipio Jagüey Grande, provincia de Matanzas, proyecto que se denominó CHAJAG (Control de la hipertensión arterial en el municipio Jagüey Grande) y que fue ejecutado durante los años 1997 y 2002, pudo demostrar la eficacia de los controles dirigidos, los programas educativos y la participación de las autoridades de la comunidad que favorecieron la adquisición y consumo de frutas y vegetales para la atención de pacientes con hipertensión arterial .(25)

Para mejorar el control de la hipertensión arterial no basta con la acción individual del médico en la educación al paciente, en el adecuado dominio de las medidas farmacológicas, la intensificación del tratamiento o su modificación cuando así se requiera,(25) se necesita la incorporación de los gobiernos y los sectores de las comunidades para apoyar la labor médica e institucional, los cambios en el estilo de vida no solo en los pacientes hipertensos sino en la población en general, modificar, cuando sea necesario, la composición de los alimentos que se expenden en su contenido de sal, efectuar programas de divulgación masiva y aplicar guías de diagnóstico y tratamiento adecuadas a cada país o región que apoye y garantice la labor profesional en la atención de los pacientes con hipertensión arterial(26,27)

La hipertensión arterial es un serio problema de salud a nivel mundial, su efectivo control constituye un reto para el médico, las instituciones sanitarias y los programas de salud de los pueblos y gobiernos. Se hace necesario aplicar medidas de control de la presión arterial, orientar a las poblacionales sobre modificaciones en el estilo de vida y un mejor y más actual conocimiento de la

terapéutica antihipertensiva por parte de los profesionales que tienen la responsabilidad de atender a los pacientes hipertensos, para combatir a este "enemigo silencioso" que como factor de riesgo cardiovascular ocasiona tantas muertes e incapacidades cuando no es controlado adecuadamente. La detección de "nuevos hipertensos" mediante encuesta y búsqueda activa en la población, el tratamiento multidisciplinario en los "hipertensos refractarios" y la estrecha relación médico-paciente, podrán contribuir a alcanzar mejores y más efectivos controles de esta afección.

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo cardiovascular más importantes, se mencionan los siguientes:

Edad: Existe una relación directa de la presión arterial con la edad, siendo la prevalencia de hipertensión arterial superior al 60% en individuos con más de 65 años (28).

En nuestro país, al analizar por grupos de edad, los más vulnerables a sufrir hipertensión arterial son los adultos mayores, que representan el 52,39%. Sin embargo, el grupo de 36 a 64 años muestra una proporción considerable con el 40,63% de los casos registrados (28).

Factores Genéticos: el conocimiento de los genes implicados en el desarrollo de hipertensión arterial es muy escaso. Ello es debido a que la hipertensión arterial, presenta una genética compleja con la participación de un gran número de genes candidatos. Sin embargo, parece claro que los determinantes genéticos pueden verse modificados por otros ambientales, de forma que la PA o el fenotipo resultante depende de la interacción de ambos factores (29).

Antecedentes familiares: el riesgo es mayor si existen antecedentes familiares de enfermedades del corazón. Su riesgo es aún más alto si un pariente cercano murió joven por un infarto al corazón (30).

En relación al género: la prevalencia de la hipertensión arterial es semejante entre hombres y mujeres, pero más elevada en los hombres hasta los 50 años, cambiando a partir de la quinta década. Esto sucede porque las mujeres en edad reproductiva generan estrógenos, hormonas que ayudan a disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, no quiere decir que las mujeres en edad fértil son inmunes a este tipo de enfermedades (28).

Antes de los 60 años de edad, 1 de cada 17 mujeres en los Estados Unidos ha tenido un evento coronario, comparado con 1 de cada 5 hombres. Sin embargo, después de los 60 años de edad, una de cada 4 mujeres fallece de enfermedad coronaria igual que uno de cada 4 hombres y constituye la principal causa de muerte en las mujeres (31).

Dislipidemias: estudios epidemiológicos, mostraron una relación intensa entre las cifras de colesterol total en suero y el riesgo cardiovascular e indicaron que los cambios de las concentraciones de colesterol debidos a la migración o a la aplicación de intervenciones se asociaban a cambios de la tasa de incidencia de evento cerebro vascular (ECV). Estos resultados se confirmaron cuando se comprobó que el colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), que son las principales lipoproteínas de transporte de colesterol en la sangre, presentaba también una asociación directa con la ECV (32).

Se calcula que un aumento de 1 mg/dl en la concentración de lipoproteínas de alta densidad (HDL) se asocia a una disminución del riesgo coronario de un 2% en los varones y un 3% en las mujeres. El aumento de las concentraciones de colesterol HDL ha pasado a ser una posible estrategia terapéutica para reducir la tasa de incidencia de enfermedad coronaria (32).

Triglicéridos como factor independiente de riesgo de EC: ha sido siempre controvertido y, aunque se ha presentado alguna evidencia convincente, hay algunas dudas acerca del carácter independiente de la relación observada (32).

Tabaquismo: el tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina (30).

Antes del estudio de Framingham, el tabaquismo no era aceptado como una causa real de cardiopatía; incluso la American Heart Association hizo público en 1956 un informe en el que afirmaba que la evidencia existente era insuficiente para llegar a la conclusión de que hubiera una relación causal entre el consumo de cigarrillos y la incidencia de enfermedad coronaria (EC). El Framingham Study y el Albany Cardiovascular Health Center Study demostraron al poco tiempo que los fumadores presentaban un aumento del riesgo de infarto de miocardio o muerte súbita. Además, el riesgo estaba relacionado con el número de cigarrillos consumidos al día, y los ex fumadores tenían una morbilidad por EC similar a la de los individuos que nunca habían fumado. Estos resultados fueron confirmados por otros estudios epidemiológicos, y ello situó el tabaquismo como una cuestión de alta prioridad en los programas de prevención (32).

Diabetes: la diabetes se asocia a un aumento de 2-3 veces en la probabilidad de aparición de un ECV, y este aumento es mayor en las mujeres que en los varones; la intolerancia a la glucosa se asocia también a un aumento de 1,5 veces en el riesgo de aparición de ECV (32).

Además, la diabetes se asocia también a una mayor probabilidad de aparición de hipertrigliceridemia, colesterol HDL bajo, presión arterial alta y obesidad, que generalmente preceden a la aparición de la diabetes. Se ha señalado que la resistencia a la insulina es un mecanismo frecuente de estos factores de riesgo, a cuya combinación se denomina síndrome metabólico (32).

Sobre peso y obesidad: El exceso de peso se asocia con mayor predominio para hipertensión arterial desde edades jóvenes, y en la vida adulta, incluso entre individuos no sedentarios, un incremento de 2,4kg/m² en el índice de masa corporal resulta en mayor riesgo de desarrollar la hipertensión (28).

Aproximadamente 70% de los casos nuevos de hipertensión arterial pueden ser atribuidos a la obesidad o al aumento de peso (28).

Aparte de las alteraciones del perfil metabólico, cuando se acumula un exceso de tejido adiposo, se producen diversas adaptaciones de la estructura y la función cardíacas. De manera similar a lo observado con el colesterol LDL, un estudio reciente ha indicado que tener un IMC más alto durante la infancia se asocia a un

aumento del riesgo de EC en la edad adulta, lo cual respalda el concepto de que se debe considerar la progresión de la aterosclerosis como un proceso continuo que se inicia en una fase temprana de la vida. La prevención y el control del sobrepeso y la obesidad en los adultos y los niños han pasado a ser un elemento clave para la prevención de las enfermedades cardiovasculares (32).

II- Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de caracterizar a los pacientes hipertensos del Consultorio Médico de Familia (CMF) # 2 de la comunidad de Ranchuelo en el área de salud Camilo Cienfuegos del municipio de Chambas en Ciego de Ávila.

La población del estudio estuvo constituida por todos los pacientes hipertensos mayores de 18 años (365) del CMF# 2 de la comunidad de Ranchuelo y se les practicó el estudio a 174 sujetos que representan el 47,7% del total de la población seleccionados al azar y de forma intencional.

Métodos:

Recolección de la Información:

Como método para la recolección de la información se confeccionó un registro/cuestionario que se adopta de Colón y otros (18) por el autor de la investigación, que contenía los datos primarios, tanto generales como específicos que dieron respuesta a los 10 aspectos necesarios para darle salida a los objetivos propuestos en la investigación. El cuestionario contó con 9 ítems (Anexo I).

Procesamiento de la Información:

Se utilizó para procesar la información como métodos teóricos la revisión documental, el hipotético deductivo, el análisis y la síntesis y el histórico lógico; se realizó la triangulación de la información obtenida comparando la revisión documental con los resultados obtenidos por el autor y los encontrados por otros autores.

Se aplicó como procesamiento estadístico el porcentaje.

Palabras claves: Hipertensión arterial, factores de riesgos, obesidad y diabetes.

Variables de estudio: definición, categorización y operacionalización de las variables con sus indicadores:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa	-15-24 -25-34 -35-44 -45-54 -55-64 -65≤	Edad en años según carné de identidad.	Número y porcentaje según grupo de edad.
Sexo	Cualitativa	Masculino Femenino	Se explica por sí sola	Número y porcentaje
Raza	Cualitativa	Blanca Negra	Se explica por sí sola	Número y porcentaje.
Escolaridad	Cualitativa	Estudios - Primarios -Estudios de media y media superior. - Estudios Universitarios.	Estudios Primarios: Incluyó a los que tenían Primaria sin terminar (PST) y primaria terminada (PT); -Estudios de media y media superior incluyó los que tenían secundaria básica terminada, (SBT) preuniversitario terminado (PUT) y/o Técnico Medio -Estudios Universitarios: Incluyó a los que tenían estudios universitarios terminados (UT).	Número y porciento.

Ocupación	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajador/a actual estatal -Trabaja por cuenta propia. -Jubilado/a-Pensionado/a -Amas de Casa. -Estudiante 	<p>Trabajador/a: Aquellos que trabajan actualmente de forma oficial con el estado.</p> <p>-Trabaja por cuenta propia: Los que trabajan como cuenta propista, cooperativistas u otras formas de trabajo no estatal.</p> <p>-Jubilado/a-Pensionado/a: Los que ya no trabajan, ya sea por la edad o por enfermedad reciban o no subsidios del estado.</p> <p>-Amas de Casa. Se explica por sí sola</p> <p>-Estudiante: Se explica por sí misma</p>	Número y por ciento.
Factores de riesgo	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes Mellitus. -Obesidad. -Insuficiencia Renal. -Insuficiencia Cardíaca. -Cardiopatía Isquémica. -Arteriopatía 	<p>Diabetes Mellitus. Diagnóstico previo. Confirmadas (26).</p> <p>-Obesidad. Según el Índice de Masa Corporal. (IMC) Se obtuvo dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros cuadrados. Los puntos de corte del IMC para evaluar el estado nutricional de adultos fueron: (24).</p> <p>Inferior a 18.5, Bajo Peso.</p> <p>Entre 18.5 y 24.9, Peso saludable.</p> <p>Entre 25 y 29.9, Sobrepeso.</p>	Número y por ciento de personas con factores de riesgo.

		<p>periférica:</p> <p>-Antecedentes de enfermedad cerebrovascular (ECV)</p> <p>-Hábito de fumar.</p> <p>-Alcoholismo.</p> <p>-Antecedentes familiares de HTA.</p> <p>-Ingestión de medicamentos</p>	<p>Igual o superior a 30, Obeso.</p> <p>Para el estudio se consideró como obeso a todos los pacientes sobrepeso u obesos según el IMC.</p> <p>-Insuficiencia Renal. Según ASS del consultorio.</p> <p>-Insuficiencia Cardíaca. Según ASS del consultorio.</p> <p>-Cardiopatía Isquémica. Según ASS del consultorio.</p> <p>-Arteriopatía periférica: Según ASS del consultorio.</p> <p>-Antecedentes de enfermedad cerebrovascular (ECV): Según ASS del consultorio.</p> <p>-Hábito de fumar. Se consideró fumador a aquella persona que en el último mes previo al estudio.. Se consideró exfumador al paciente que no había fumado en el último año. (28)</p> <p>-Alcoholismo. Se consideró consumidor de alcohol al paciente que superaba la cantidad de una copa (o un vaso) de vino diaria, una cerveza (de 355 ml) y/o un trago de 1 oz. de ron, whisky, vodka, ginebra. O que existiese repercusión biológica, psicológica o social por el consumo del producto. (8)</p>	
--	--	---	---	--

			<p>-Antecedentes familiares de HTA. Se consideró para familiares de primera línea: padre, madre, hermanos. (24)</p> <p>-Ingestión de medicamentos: Se consideraron aquellos que elevan la presión arterial o interfieren con los medicamentos hipotensores como contraceptivos orales, esteroides, antiinflamatorios no esteroideos, descongestionantes nasales, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoamino oxidasa, ciclosporina. (24)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de diagnosticada la enfermedad: (variable cuantitativa continua) Se tuvo en cuenta: <p>-Menos de un año</p> <p>-De 1-10 años</p> <p>-De 11-20 años</p> <p>-De 21-30 años</p> <p>-Más de 30 años.</p> <p>-</p>	
Tiempo de diagnosticada la	Cuantitativa	<p>-Menos de un año</p> <p>-De 1-10 años</p>	- Se explica por sí sola	Número y por ciento.

enfermedad:		-De 11-20 años -De 21-30 años -Más de 30 años.		
Clasificación según cifras de la hipertensión arterial.	Cuantitativa	Grado I Grado II	*Grado 1: Los valores entre 140-159 mmHg. de tensión arterial sistólica y/o 90-99 mm Hg. de tensión arterial diastólica *Grado 2: Los valores de 160mmHg. o más de tensión arterial sistólica y/o 100 mm de Hg. o más.	Número y por ciento con cada grado.
Control de la enfermedad	Cualitativa	Medicamentos.	Se explica por sí solo	Número y por ciento.

III.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Tabla # 1 Distribución de la población hipertensa mayor de 18 años estudiada.

Grupos etáreos	Masculino	Columna1	femenino	Columna2	total	Columna3
	n	%	n	%	n	%
15-24	1	1,1	1	1,1	2	1,1
25-34	5	5,5	3	3,6	8	4,6
35-44	14	15,4	11	13,3	25	14,7
45-54	18	19,8	21	25,3	39	22,4
55-64	25	27,5	22	26,5	47	27
65≤	28	30,8	25	30,1	53	30,5
total	91	52,3	83	47,7	174	100

Fuente: encuesta.

Referente a la distribución de los pacientes hipertensos por grupos de edades (tabla I) predominó la hipertensión en los pacientes en el grupo de edades comprendidas en 65 años y más, con 53 pacientes para el 30,5 %, sin diferencias significativas en los porcentajes entre hombres y mujeres, llama la atención los índices en las edades entre 45-54 años en ambos sexos, estos resultados se corresponden con los aportados por Pérez y Rodríguez (33) los que en una población similar en Venezuela reportaron resultados similares.

En otro estudio similar realizado en Los Palacios Pinar del Río, (34) se observó que predominó el rango de edades de 60 y más años con el 52.0 % y también el sexo masculino. (58.2 %) En otro trabajo similar sobre los factores de riesgo, asociados con la hipertensión arterial en los trabajadores de la oficina central del Ministerio de la Industria Básica (MINBAS) de Cuba, (35) se observó que el grupo de edades predominante fue el de 50 a 59 años que representaban el 50,0 %, seguido del grupo con edades comprendidas entre 60 a 69 años con 30 pacientes (20.8 %).

Tabla # 2 Distribución de los pacientes hipertensos según raza.

Raza	No.	%
Blanca	135	77,6
Negra	39	22,4
Total	174	100

Entre los pacientes hipertensos hay predominio de la raza blanca además se debe resaltar que esta comunidad tiene como característica que su población es mayoritariamente de raza blanca, ya que su conformación originaria es a partir de emigrados europeos que se asentaron en el lugar formaron familias y estas a su vez se entremezclaron.

Tabla 3: Distribución de los pacientes hipertensos según nivel de escolaridad.

Nivel de Escolaridad.	No.	%
Estudios Primarios	14	8
Estudios Secundarios y Medios superiores	99	56,9
Estudios Universitarios	61	35,1
Total	174	100

Salazar Alcalde y colaboradores encontraron en un consultorio en Palma Soriano (36) que casi la mitad de los hipertensos poseían un nivel de escolaridad primaria y solo 1 (1.8 %) era universitario, en contraste con lo encontrado por el presente trabajo.

En otro estudio realizado en Cuba, Jiménez Barbán Y. (37) concluyó que más de la mitad de la muestra estudiada, tenía un nivel medio superior ó universitario correspondiéndose con un 55 %, y se corresponde con la elevación del nivel de instrucción de la población, similar a los resultados de nuestro estudio en el que el 56,9% y el 35,1 lo que constituyen más del 80% son personas con estudios superiores al nivel primario, otro aspecto que puede ser incidente lo constituye el

lugar específico donde se realizó el trabajo en el que según el ASS más del 50% de la población tiene nivel escolar superior al de secundaria básica.

Tabla 4: Distribución de los pacientes hipertensos según ocupación.

Ocupación	No.	%
Trabajador/a actual estatal	29	16,7
Trabajador/a por cuenta propia	83	47,7
Jubilado/a-Pensionado/a	42	24,1
Ama de Casa	19	10,9
Estudiante	1	0,6
Total	174	100

Como se aprecia en el estudio de la variable ocupación la mayor cantidad de hipertenso corresponde a personas vinculadas al trabajo por cuenta propia que es la principal forma de empleo en la comunidad donde coexisten tierras en manos de privados y en cooperativas de producción agropecuarias y de créditos y servicios (47,7%) y el otro grupo de mayor afectación lo constituyen los jubilados que están en el grupo mayor de 64 años (24,1%) dentro de los cooperativistas hay diferentes profesiones desde obreros de campo hasta profesionales y dirigentes lo que hace inferir que en todos los grupos de profesiones existen pacientes hipertensos. como en cualquiera de las dos principales formas existentes en el país principalmente.

Los resultados se corresponden con estudios realizados en la población económicamente activa de Perú, (38) en la que se muestran las mayores tasas de hipertensión arterial en el grupo de funcionarios institucionales con 35.9 %, seguido de profesionales y las menores prevalencias han correspondido a los comerciantes con 10.4 % y técnicos especializados con 11.4 %.

Tabla 5: Distribución de los pacientes hipertensos de acuerdo a condiciones (factores) de riesgo o enfermedades asociadas.

Factores de riesgo y/o enfermedades asociadas	No.	%
Diabetes Mellitus	23	13,2
Obesidad	69	39,7
Insuficiencia Renal.	1	0,6
Insuficiencia Cardíaca	5	2,9
Cardiopatía Isquémica	9	5,2
Arteriopatía Periférica	8	4,6
ECV	4	2,3
Hábito de fumar	71	40,8
Alcoholismo	5	2,9
Antecedentes Familiares de HTA	81	46,6
Ingestión de medicamentos	9	5,2

En la distribución de los pacientes de acuerdo a condiciones o enfermedades asociadas, sobresale que el 46,6 % tenía antecedentes familiares de HTA, 71 de los pacientes del estudio eran fumadores (40,8 %) y el 39,7 presentaba alguna forma de obesidad cuestión esta muy particular en la comunidad donde se realiza el estudio debido al incremento en los últimos años de la obesidad como problema de salud en la población mayor de 30 años en ambos sexos según el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del consultorio del estudio. Otros factores de riesgo y/o enfermedades asociadas en los pacientes estudiados fueron, la diabetes Mellitus, la cardiopatía isquémica y la ingestión de medicamentos como las de mayor incidencia en la HTA. En el estudio NHANES II (39) concluyó que los obesos tenían 2.9 veces más probabilidad de padecer de HTA que los sujetos con un peso corporal normal. La HTA se asocia frecuentemente con las Hiperlipoproteinemias (HLP). En varios

estudios consultados se concluyó que la HLP predominó en los hipertensos en relación a los de TA normal.

Tabla 6: Distribución de los pacientes según el tiempo de diagnóstico.

Años de diagnosticado	No.	%
Menos de 1 año	9	5,2
1-10 años	85	48,9
11-20 años	53	30,5
21-30 años	14	8
Más de 30 años	3	1,7
Total	174	100

En la Tabla 6 se distribuyen los pacientes según tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial. El 48,9 % de los pacientes había sido diagnosticado dentro del rango de 1 a 10 años, seguido del rango 11 a 20 años con el 30,5 %. Solo el 5,2 % de los pacientes tenían menos de un año de habersele diagnosticado la enfermedad. En un estudio realizado en Barcelona (40), por la Sociedad Española de Arteriosclerosis, el 47 % de los pacientes hacia más de 11 años que eran hipertensos, lo que es coincidente con nuestros resultados. En otros trabajos éste no es un aspecto estudiado a profundidad. Por lo que consideramos de gran interés ya que puede aportar el nivel de autocuidado de los pacientes ya que a mayor cantidad de años diagnósticados y de convivir con la enfermedad da una medida con respecto a las posibilidades de educación que tienen los pacientes hipertensos.

Tabla 7: Clasificación de la presión arterial de los pacientes hipertensos.

Clasificación de la presión arterial (según cifras)	No.	%
Hipertensión Arterial Grado I.	117	67,2
Hipertensión Arterial Grado II.	57	32,8
Total.	174	100

Se observa la clasificación de la presión arterial, según cifras que aparecen en la Guía cubana para prevención diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial del 2006, confeccionada por los miembros de la Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud Pública de Cuba (16) que se adjunta a la clasificación del VII reporte JNC-2006. Dos tercios de los pacientes padecían Hipertensión Arterial Grado I, (17) que representan el 67.2 % del total., el resto, 32.8 % se clasificaron como Grado II, que aunque es una cifra menor, deben tener mayor seguimiento y control por las posibles complicaciones que en ellos pueden aparecer.

En un estudio sobre el Control de la hipertensión arterial en el "Proyecto10 de Octubre", (27) al indagar acerca de la clasificación, solo el 78 % de los hipertensos estaban clasificados y el 50 % estaban clasificados por estadios.

En el estudio hecho en el Policlínico "Emilia de A. Córdova Rubio" de San Nicolás, sobre la hipertensión arterial en el cuerpo de guardia de ese Policlínico Principal de Urgencia, (26) pudo apreciarse que 91 pacientes pertenecían al Grado II de hipertensión, lo que representó el 94.79 %, no coincidiendo con nuestras cifras.

Tabla 8: Distribución de pacientes hipertensos según el tipo de fármaco más utilizado.

n=174

Tipos de fármacos más utilizados	No	%
Diurético	106	60,9
ECA	85	48,9
Bata- Bloqueadores	27	15,5

Se constató que la totalidad de los pacientes encuestados tiene indicado al menos un medicamento hipotensor. Como se muestra en la tabla 9, el 60,9 % consume algún tipo de diurético, constituyendo el grupo de fármacos más utilizado. Seguidamente se emplean los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) con el 48,9 %, y finalmente los beta-bloqueantes, los cuales se usan en solo 27 hipertensos, representando el 15,5 %.

Estos resultados coinciden con los resultados obtenidos en estudios realizados por Hernández Vázquez y otros (30), en los que se reflejan que el 71,88 % de la

muestra estudiada consume algún tipo de diurético, Seguidos de los que emplean los IECA en el 60,94 %, y los beta-bloqueantes, los cuales representan el 17,19 %.

Conclusiones:

1.- La población hipertensa mayor de 18 años del Consultorio Médico de Familia (CMF) # 2 de la comunidad de Ranchuelo en el área de salud Camilo Cienfuegos del municipio de Chambas, está caracterizada por:

- La mayoría de la población hipertensa estudiada correspondía a la raza blanca, eran trabajador/a por cuenta propia con un nivel escolar predominante de secundaria y media superior, pertenecientes al grado I con menos de 10 años de diagnóstico que usan medicamentos y que tienen varios factores de riesgo asociados.

Recomendaciones:

El presente estudio puede constituir una guía de trabajo para el perfeccionamiento de la aplicación del Programa Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial.

Referencias Bibliográficas

1. Colectivo de autores. Manual de Diagnostico y Tratamiento en Especialidades Clínicas. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. OPS. OMS. La Habana 2002: 27-36
2. Hernández Cueto M. Es Necesario Cambiar Métodos y Estilos de Trabajo, [Junio 1, 2005]. Disponible en: <http://www.sld.cu.servicios/hta.htm>.
3. Family Heart Study Group. Randomized Controlled Trial Evaluating Cardiovascular screening and intervention in general Practice; principal results of British Family Heart Study. BMJ 2000; 308: 313-320.
4. Evans R, Muños S, Alvarado C y Lecy J. Epidemiología Cardiovascular. Factores de Riesgo, Editorial Disinlimed. Venezuela. 2000.
5. Blood pressure lowering treatment trialists' collaboration effects of ACE inhibitors, calcium antagonists and other blood pressure lowering drugs: Results of prospectively designed overviews randomized trials. Lancet 2000; 355:1955-64.
6. Kuschnir E, Resk J. ¿Qué enseñanzas nos han dejado 100 años de investigación en hipertensión arterial? [Disponible: 28/11/2003]. <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c057/kuschnir.htm>. Consultado: 1 de enero 2007.
7. MINSAP: Programa Nacional de Prevención, Diagnostico, Evaluación y Control de la HTA. Cuba. Marzo, 2003.
8. Nápoles Rodríguez F. Algunos aspectos históricos de la hipertensión arterial como problema de salud 2000. Disponible en: <http://www.virtual.cucs.udq.mx/recursos/capitulo1>.
9. Hernández Cueto M. La Población del mundo y la hipertensión arterial en los próximos 45 años. [Abril 3/2005]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/hta.htm>.
10. Peña E, Contreras F, Fovilloux C, Montero E, Cabrera J, Ospino N, Gonzáles M, Rodríguez S, García M, Magali L, Jiménez C, Velasco M. Ejecución de un programa para reforzar el conocimiento de los factores de riesgo modificables de hipertensión arterial en los trabajadores de Pequiven. Rev Facult Med 2001; 24, (2):172-80.

11. Dueñas Herrera A. Hipertensión Arterial. Control en el nivel primario de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1992; 8(3); 195-213.
12. Contreras F, Velasco M. Valoración del paciente hipertenso. Rev Facult Med. UCV. Caracas 2000; 23(1): 11-17.
13. Alegría, C. (1965): *Historia de la Medicina en Venezuela*. 100 Figuras Médicas (Segunda Mitad del Siglo XIX) Primera entrega. Cuaderno 16. Caracas...caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeVeinte/MedicinaenElTiempo/Archivo.shtml/
14. Cordero Moreno, R. Compendio de la *historia de la medicina en Venezuela* - 1998, pp. 174. Descripción del Perú - La Gasca, Pedro de. 1976, pp. 83. Disponible en: www.ucab.edu.ve/historia.
15. Nápoles Rodríguez F. Algunos aspectos históricos de la hipertensión arterial como problema de salud 2000. Disponible en: <http://www.virtual.cucs.udq.mx/recursos/capitulo1>.
16. MINSAP: Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Autores Dotres Martínez C., R. Pérez, L. Córdoba, M. Santín, O. Landrove, I. Macías, República de Cuba 1999. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi09199.htm
17. Rodríguez Domínguez L. Factores de riesgos asociados con la hipertensión arterial en los trabajadores de la oficina central del MINBAS. Rev Cubana Med. Gen. Int 1997; 13(5):474-481. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18-6-02/mgi02602.htm>.
18. Armas Ampudia I del C et al. Hipertensión Arterial. Estudio Clínico epidemiológico en mayores de 15 años. Consejo Popular Santamaría, San Luis. 2002. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/bol-mgi82/bol-mgi824.html>. Consultado: 1 de enero 2007.
19. Colón L., A. González, I. Pérez, J.F. Placeres, O.V. Pérez. 2008 disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos68/caracterizacion-pacientes-hipertensos-asistidos/caracterizacion-pacientes-hipertensosasistidos2.shtml#ixzz4ESStz asistidos2.shtml#ixzz4EUWR>.
20. Salazar Alcalde JA., Aguilar Salazar JA. Prevalencia de hipertensión arterial en un consultorio del médico de familia. 1998. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol2-4-98/san02498.htm>.
21. 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
22. Aruz-Pacheco C, Parrot MA, Raskin P. Treatment of hypertension in adults with diabetes. Diabetes Care. 2002;25:134-47.
23. 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
24. Trujillo Fernández R et al. Hipertensión arterial asociada con otros factores de riesgo cardiovascular. Rev Cub Med Milit 2001; 30(2):94-8. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol30-2-01/mil04201.htm>. Consultado: 1 de enero 2007.

25. Rizo González R et al. Modificaciones de la presión arterial en pacientes sometidos a un ensayo comunitario. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2000; 14(1):27-30.
26. Roll IJ, Díaz Ballester A, Balcindes Acosta S, Yee Seuret S, Arnaiz Ferrer S. Hipertensión arterial en el cuerpo de guardia de un policlínico principal de urgencia Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(6):548-52.
27. De la Noval García R, Debs Pérez G, Dueñas Herrera AF, González Pagé JC, Acosta González M. Control de la hipertensión arterial en el "proyecto10 de octubre". Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 1999; 13(2):136-41
28. Weschenfelder D, Gue J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enfermería global. [Internet]. 2012 Abr [citado 2014 Mar 30]; 11(26): 344-353.
29. Farreras R. Medicina Interna. 17ava ed. Barcelona. Elsevier S.L; 2012. Pag.: 512-515
30. Hernández L, Pérez V, De la Vega T, Alfonso O, Quijano J. Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio médico 3 del Policlínico Docente "Ana Betancourt: Rev Cubana Med Gen Integr [revista en internet] 2014. [citado 27 de febrero de 2014]; 30(1): 59-70.
31. Pacheco J. Hipertensión arterial en diferentes edades de la mujer. An. Fac. Med [revista en internet] 2010. [citado 25 de febrero de 2014]; 71 (4).
32. O'Donnella C, Elosuab R. Factores de riesgo cardiovascular: Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol. [Revista en Internet]. 2008. [citado 20 de Febrero 2014]; 61(3).
33. Nápoles Rodríguez F. Algunos aspectos históricos de la hipertensión arterial como problema de salud 2000. Disponible en: <http://www.virtual.cucs.udq.mx/recursos/capitulo1>.
34. Dueñas Herrera A. Hipertensión Arterial. Control en el nivel primario de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1992; 8(3); 195-213.
35. Contreras F, Velasco M. Valoración del paciente hipertenso. Rev Facult Med. UCV. Caracas 2000; 23(1): 11-17.
36. Casas DM. Educación para la Salud. Aspectos Metodológicos. Rev Educ Med Sup Bogotá 1991; 25; 2-4.
37. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. JAMA 2003, Jul 9;290(2):199-206.
38. Alegría, C. (1965): *Historia de la Medicina en Venezuela*. 100 Figuras Médicas (Segunda Mitad del Siglo XIX) Primera entrega. Cuaderno 16. Caracas <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeVeinte/MedicinaenelTiempo/ArchivosHTML/>
39. Farreras Rozman. Medicina Interna, Ed. CD Rom, ISBN: 848174736X | Spanish | 1996 | 13 Ed. y 14 Ed. | Farreras-Rozman | PDFs con CD-Rom Interactivo (13 Ed.), CHM. Interactivo con CD-Rom | daa (PowerISO). Disponible en: <http://litart.mforos.com/1194312/7378106-medicina-interna-cd-rom-farreras-rozman/>. Consultado 22 febrero 2007.
40. Fadrugas Fernández AL et al. Intervención sobre hipertensión arterial en un consultorio medico. Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 20(2) Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_20-2-04/mgi07204.htm. Consultado: 1 de enero 2007.

41. Rizo González R et al. Modificaciones de la presión arterial en pacientes sometidos a un ensayo comunitario. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2000; 14(1):27-30.
42. Roll IJ, Díaz Ballester A, Balcindes Acosta S, Yee Seuret S, Arnaiz Ferrer S. Hipertensión arterial en el cuerpo de guardia de un policlínico principal de urgencia Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(6):548-52

ANEXO 1

Datos generales:

- 1. Edad: _____
- 2. Sexo: _____ Femenino _____ Masculino
- 3. Raza: Blanca _____

Negra _____

- 4. Escolaridad:

Estudios Primarios _____

Estudios Secundarios y Media superior _____

Estudios Universitarios _____

- 5. Ocupación:

Trabajador/ra _____

Trabajador/ra por cuenta propia _____

Jubilado/a-Pensionado/a _____

No Trabaja-Ama de Casa _____

Estudiante _____

- 6. Condiciones (factores) de riesgo o enfermedades asociadas.

Diabetes Mellitas _____

Obesidad _____

Insuficiencia Renal _____

Insuficiencia Cardíaca _____

Cardiopatía Isquémica _____

Arteriopatía Periférica _____

Enfermedad Cerebrovascular (ECV) _____

Hábito de fumar_____

Alcoholismo_____

Antecedentes Familiares de Hipertensión Arterial (HTA)_____

Ingestión de medicamentos_____

- 7. Tiempo de diagnostico de la hipertensión arterial:

____Menos de 1 año

____1 a 10 años

____11-20 años

____21-30 años

____ Más de 30 años.

- 8. Clasificación de la presión arterial (según cifras)

Hipertensión Arterial Grado I _____

Hipertensión Arterial Grado II _____

- 9. Tipo de medicamento que usa

Diuréticos_____

ECA_____

Beta- bloqueadores_____