

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
POLICLINICA COMUNITARIA  
"OMAR RANEDO PUBILLONES"  
GUANTANAMO.

**EVALUACION DEL CONTROL DE LOS  
PACIENTES HIPERTENSOS  
DISPENSARIZADOS DE LA POLICLINICA  
"OMAR RANEDO PUBILLONES" DE  
GUANTANAMO.**

*Dr. Salvador Vidal Revé<sup>1</sup>, Dra. María Victoria de la Torre Rosés<sup>2</sup>, Dr. Carlos Manuel Escandón Díaz<sup>1</sup>, Dr. Argelio Díaz Ortiz<sup>1</sup>, Dr. José Franco Laudín<sup>1</sup>.*

#### RESUMEN

Se realizó un estudio con los pacientes hipertensos dispensarizados de la Policlínica "Omar Ranedo Pubillones" de Guantánamo, del 1 de abril de 1997 al 30 de abril de 1998. De la totalidad de dichos pacientes en el área se obtuvo una muestra sistemática representativa, con el propósito de evaluar el control de la enfermedad en dicha área de salud. Se encontró que el 58,2% de ellos estaban controlados. La edad y el sexo no influyeron en el grado de control de la presión arterial. La patología asociada que se presentó con mayor frecuencia fue la cardiopatía isquémica. El mejor resultado en el control de la enfermedad se obtuvo con el tratamiento combinado farmacológico y no farmacológico. Se concluye que hay un bajo grado de control de la presión arterial en la muestra estudiada.

*Palabras clave:* HIPERTENSION/prevenición y control; CORONARIOPATIA/quimioterapia; HIPERTENSION/quimioterapia; CORONARIOPATIA/prevenición y control; TERAPIA POR EJERCICIO; DIETA HIPOSODICA.

*1 Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto".*

*2 Especialista de I Grado en Medicina Interna. Dpto. de MGI, Facultad de Ciencias Médicas Guantánamo.*

## INTRODUCCION

Entre los factores de riesgo cardiovasculares conocidos, la hipertensión es el más importante, y constituye, en nuestros días, uno de los mayores focos de atención por parte de las estructuras sanitarias de todos los países.

Precisamente por la importancia que la hipertensión arterial tiene como precursor de la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica y de retinopatía, puede ser considerada como el problema número uno de la medicina comunitaria.<sup>1</sup>

Por otra parte, es necesaria una estrategia individual para descubrir y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o más factores de riesgo, tienen una alta posibilidad de padecerla o la padecen. De este modo es imprescindible lograr la terapia más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales. En ambos casos, la modificación positiva de estilos de vida es un pilar para obtener estos beneficios.<sup>2</sup>

La prevención de la hipertensión arterial es la medida más importante 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.<sup>3,4</sup> La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial 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 los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, fundamentalmente la falta de ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, tabaquismo y alcoholismo.

La eficacia del tratamiento de la hipertensión arterial ha sido demostrada en diferentes ensayos clínicos en los que la reducción de las cifras de presión arterial se acompaña de un descenso de la morbilidad y la mortalidad por enfermedad cardiovascular y cerebrovascular.<sup>5,6</sup>

## METODO

Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes hipertensos dispensarizados de 15 y más años, pertenecientes a los consultorios médicos de familia de la Policlínica "Omar Ranedo Pubillones", de Guantánamo, durante

el período de tiempo comprendido entre el 1 de abril de 1997 y el 30 de abril de 1998.

De la totalidad de estos pacientes en dicha área, se obtuvo una muestra sistemática representativa, se aplicó un muestreo conglomerado de todos los registrados de 15 y más años, por lo que el tamaño muestral fue de 340 pacientes, y se trabajó con una confiabilidad del 95%.

Una vez definidos los hipertensos dispensarizados seleccionados de cada consultorio, los autores les realizaron una entrevista en cada domicilio en la que se aplicó un formulario que contempló los aspectos que dieron cumplimiento a los objetivos de nuestra investigación; además, se revisaron las historias clínicas individuales y familiares en cada uno de los casos.

Para el diagnóstico de hipertensión arterial se emplearon los requisitos que establece la Comisión Nacional de Hipertensión Arterial de nuestro país para el diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial<sup>2</sup>, los que señalan el diagnóstico a partir de cifras de 140/90 mmHg ó más en tres ocasiones.

Se les realizó en el momento de la visita dos determinaciones de la presión arterial, dejando transcurrir 5 minutos entre ambas tomas y se calculó la cifra media clasificando a los pacientes en controlados (TA < 140/90), y parcialmente controlados, aquellos que en el periodo de un año hubieran tenido el 60% o más de las tomas de presión arterial en cifras inferiores a 140/90.

Se procedió a clasificar a los pacientes según edad y sexo. Los grupos de edades fueron los siguientes: 15 a 64 años y 65 y más años. El sexo fue clasificado en masculino y femenino.

Se revisó la historia clínica individual de estos enfermos donde se precisaron los antecedentes personales de diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, hipercolesterolemia, enfermedad cerebrovascular y obesidad.

Para la cardiopatía isquémica se tuvo en cuenta la clasificación en:

- Infarto del miocardio
- Angina de pecho
- Otras formas: insuficiencia cardiaca, arritmia (fibrilación auricular en mayores de 45 años, ausencia de estenosis mitral y tirotoxicosis y extrasístoles ventriculares frecuentes), bloqueos e hipertrofia ventricular izquierda.

La diabetes mellitus se indagó como antecedente fuera o no diabético el paciente, y verificando el dato en su historia individual. La hipercolesterolemia se estableció al evidenciar por lo menos examen de colesterol total  $> 5,2\text{mmol/l}$  en su historia clínica.

Obesidad: a todos los pacientes se les tomó del peso en kg y la talla en centímetros, con ropa ligera y sin zapatos. Se clasificó como obeso a todo paciente con percentil 97 ó más, según las tablas de peso para talla.

Enfermedad cerebrovascular: Se consideró en todo aquel que refirió el dato, se comprobó en su historia clínica y se recogieron elementos en su examen físico de secuelas sugerentes del proceso.

Se relaciono la conducta terapéutica ,que se clasificó en: tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico y tratamiento farmacológico y no farmacológico con el grado de control de la presión arterial.

Tratamiento no farmacológico: reducción de peso en el hipertenso obeso, restricción del sodio en la dieta, reducción de alimentos ricos en grasas saturadas e incremento de aquellos que aporten grasas insaturadas, realización de ejercicios isotónicos, autorrelajación y adición de suplementos de potasio.

Tratamiento farmacológico: uso exclusivo de drogas hipotensoras.

Tratamiento farmacológico y no farmacológico: combinación de los dos anteriores.

Procesamos los datos mediante la utilización de técnicas univariantes con distribución de frecuencia asociación de datos; empleamos como medida de resumen el porcentaje.

## RESULTADOS Y DISCUSION

De los 340 pacientes estudiados, 198 (58,2%) obtuvieron clasificación de *controlados*, mientras los pacientes restantes se encontraron en las categorías de *parcialmente controlados* y *no controlados* (Tabla 1).

**TABLA 1** DISTRIBUCIÓN HIPERTENSOS SEGÚN GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Grado de control	No	%
Controlados	198	58,2
Par controlados	112	32,9
No controlados	30	8,9
<b>TOTAL</b>	<b>340</b>	<b>100,0</b>

(n=340)

Este hecho evidencia que sólo algo más de la mitad de los pacientes tiene un adecuado control de la enfermedad,

cuando están bien definidos los beneficios del control de la presión arterial en la profilaxis primaria tanto de la cardiopatía isquémica como de la enfermedad cerebrovascular.<sup>5</sup>

El Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial plantea como meta el 85% de pacientes controlados.<sup>2</sup>

En la Tabla 2 se expone el grado de control de la presión arterial en relación a la edad y el sexo; se obtiene que de los 340 pacientes, 260 (76,5%) pertenecen al grupo de 15 a 64 años y 80 (23,5%) al grupo de 65 y más años; con relación al grado de control de la presión arterial, el grupo de 65 y más años mostró ser el de mayor número de hipertensos controlados, con el 66,3%, por el 55,7% en dicha categoría que tuvo el de 15 a 64 años; de este resultado deducimos que no existe influencia significativa de la edad sobre el grado de control de la presión arterial, a pesar de que la edad está estrechamente relacionada con la incidencia de la hipertensión arterial, al aumentar ésta a medida que se incrementa la edad, hecho demostrado en estudios extranjeros y nacionales.<sup>7,8</sup> En relación con el sexo, 185 pacientes (54,4%) pertenecen al sexo femenino con ligero predominio sobre los 155 del masculino (45,6%), resultado similar al de algunos investigadores nacionales<sup>9,10</sup> que aprecian un predominio de las del sexo femenino, hecho atribuible a los cambios endocrinometabólicos que ocurren en la mujer después de los 30 años, pero al relacionarlo con el grado de control de la presión arterial no hay diferencias entre el grado de control en ambos sexos; a diferencia de nuestro estudio, Cires y sus colaboradores,<sup>11</sup> al relacionar el nivel de control con el sexo, encontraron que el 60% de los pacientes controlados pertenecían al sexo femenino.

**TABLA 2. GRADO DE CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL SEGUN EDAD Y SEXO**

EDAD	Controlado		Par Controlado		No Controlado		TOTAL		
	No	%	No	%	No	%	No	%	
15-64 años	145	55,7	95	36,5	20	7,7	260	76,5*	(n=260)
65 y mas	53	66,3	17	21,2	10	12,5	80	23,5*	(n=80)
<b>SEXO</b>									
Femenino	105	56,7	61	33,0	19	10,3	185	54,4*	(n=185)
Masculino	93	60,0	51	33,0	11	7,9	155	45,6*	(n=155)

\*PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE HIPERTENSOS DISPENSARIZADOS (340)

En la Tabla 3 analizamos las enfermedades asociadas a la hipertensión arterial presentes en los pacientes estudiados; se encontró en orden de frecuencia, la cardiopatía isquémica en primer lugar, con 44 pacientes (12,9%), seguida por la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus y la obesidad, que representaron el 9,4% , 8,5% y 6,7%, respectivamente; en último lugar aparece la enfermedad cerebrovascular, con 10 pacientes (2,9%).

**TABLA 3. ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA HIPERTENSION ARTERIAL.**

Grado de control	E nfermedad Asociada									
	Cardiopatía Isquémica		Hipercoles terolemia		Diabetes Mellitus		Obesidad		Enfermedad Cerebrovasc	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Controlado	24	7,1	19	5,6	15	4,4	15	4,4	6	1,7
Parcialmente controlado	14	4,1	12	3,5	10	2,9	6	1,7	4	1,2
No controlado	6	1,7	1	0,3	4	1,2	2	0,6	-	-
<b>TOTAL</b>	44	12,9	32	9,4	29	8,5	23	6,7	10	2,9

En nuestro país, la cardiopatía isquémica fue la enfermedad predominante relacionada con la hipertensión arterial, y es ella, a su vez, la causa de casi el 25% de la tasa de mortalidad total de nuestro país.<sup>12</sup> La repercusión cardíaca de la hipertensión arterial quedo establecida por el estudio Framingham<sup>13</sup> que comprobó que la presencia de ésta aumentaba en seis veces el riesgo de sufrir insuficiencia cardíaca debido a un incremento progresivo de la resistencia vascular sistémica que impone una mayor carga al trabajo del ventrículo izquierdo, lo que origina hipertrofia y disfunción ventricular.

El 9,4% de los hipertensos estudiados tenia hipercolesterolemia. La alteración del metabolismo lipídico se ha relacionado con el incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y lesiones vasculares periféricas. A su vez, la asociación de la hipertensión y alteración del

metabolismo lipídico multiplica exponencialmente el riesgo de lesión aterosclerótica<sup>15</sup> de ahí la peligrosidad de esta asociación.

El 8,5% de los pacientes comprendidos en el estudio padecían de diabetes mellitus. La hipertensión arterial es mas frecuente en la población diabética que la población general y su asociación multiplica geométricamente la posibilidad de arteriopatía coronaria cerebral y de miembros inferiores.<sup>16</sup>

Encontramos que el 6,7%de los hipertensos dispensarizados eran obesos, sin embargo la hipertensión es mas frecuente entre los obesos que entre los normopesos, sobre todo que aumentaron de peso progresivamente de peso con el decursar de los años.<sup>17</sup> Quizás el hecho que la mayoría de nuestros pacientes fueron menores de 65 años haya influenciado en este resultado.

En la Tabla 4 se expresa el grado de control de la presión arterial en función de la conducta terapéutica, observamos que el mayor numero de pacientes llevan tratamiento combinado (farmacológico y no farmacológico) 134(39,4%), en segundo lugar tratamiento no farmacológico 113(33,2%) y tratamiento farmacológico 93(27,4).

**TABLA 4. GRADO DE CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN RELACION CON LA CONDUCTA TERAPEUTICA.**

Conducta terapéutica	Grado de control								
	Controlado		Parcialmente controlado		No Controlado		TOTAL		
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Tratamiento no farmacológico	45	39,8	48	42,4	20	17,6	113	32,9*	(n=113)
Tratamiento farmacológico	58	62,3	25	26,8	10	10,7	93	27,4*	(n=93)
Tratamiento farmacológico y no farmacológico	95	70,8	39	27,1	-	-	134	39,4*	(n=134)
<b>TOTAL</b>	198	58,2	112	32,9	30	8,9	340	100	

\*PORCENTAJE CON RELACIÓN AL TOTAL DE HIPERTENSOS DISPENSARIZADOS (N=340)

El análisis de la efectividad de la conducta terapéutica muestra el mayor porcentaje de pacientes controlados (70.8%) en el grupo que recibe tratamiento combinado, 62,3% con el tratamiento farmacológico y sólo 39.8% para el tratamiento no farmacológico. Es de señalar como hecho negativo y criticable de tratamiento exclusivamente farmacológico a pesar de la efectividad lograda con él. La Organización Panamericana de la Salud y el

Programa Nacional para la Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión<sup>2,18</sup> establecen como algoritmo para el inicio del tratamiento en la hipertensión ligera el uso de medidas terapéuticas no farmacológicas.

Podemos concluir de nuestros resultados que es bajo el porcentaje de pacientes controlados inferior a lo establecido por el programa nacional y existen deficiencias en el manejo terapéutico, evidenciado por el empleo exclusivo de tratamiento farmacológico. Nuestro sistema de atención primaria de salud esta dotado de las herramientas de trabajo para erradicar estas deficiencias, se impone la calidad de atención al hipertenso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aranda Lara P, Aranda Lara FJ. Repercusiones vasculares de la hipertensión arterial y efectos vasculares de los antihipertensivos. *Hipertensión* 1994; 1119: 335-41.
2. Cuba.Republica de Cuba. Ministerio de Salud Publica. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación Control de la Hipertensión Arterial. Marzo de 1998.
3. David BR, Bacufex MD. Reduction in long term of the hypertensivemedication requirements. *Arch Intern Med* 1993; 153: 1773-82.
4. Stamler J. Concept of cardiovascular risk factor. *Cardiovas Risk Factor* 1990;4-6.
5. Mac Mahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, et al. Blood pressure,stroke and heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure: observational studies corrected for regression base. *Lancet* 1990; 335: 765-74.
6. Mac Mahon S, Roger A. The epidemiological association between blood pressure and stroke, implications for primary and secodady prevention. *Hypertens* 1994; 17(suppl 1): 523-32.
7. Hense H. Five year changes in population blood pressure and hypertension prevalence. *Ann Epedimol* 1993; 3(4): 410-18.
8. Hernández Cisneros F. Hipertensión arterial. Prevalencia en cinco consultorios del Medico de Familia. *Rev Cubana Med Gen Integral* 1992; 8(91): 43-8.
9. Hatin Ricardo A, et al. Estudio de la hipertensión en un área de salud. *Rev Cubana Med* 1997;16: 195-98.
10. Alvarez Pérez J, et al . Estudio epidemiologico de la hipertensión arterial en un área de salud. *Rev Cubana Med* 1997; 16: 187-94.
11. Cire PM, et al . Evaluación del control de pacientes dispensarizados en dos municipios de la Ciudad de la Habana. *Rev Cubana Gen Integral* 1995; 11(4):337-43.
12. Dueñas A. Hipertensión. Su control en el nivel primario de salud. *Rev Cubana Med Gen Integral* 1992;3(8):195-213.

13. Kannel W, Anderson K, Evans J. Importancia de los lípidos sanguíneos en la tercera edad: El estudio de Framingham. *Cardiovas Risk Factor(de esp)* 1992;1:254-64.
14. Howard BV. Obesity, lipoprotein and heart disease. *Procgoc Exxp Biol Med* 1992;2000(2):202-05.
15. *The New England Journal of Medicine*, Volumen 334. February 8, Number # 6: Review article mechanisms of disease: Hypertension and associated metabolic abnormalities.
16. Flores González J, Bell Heredia L. Diabetes mellitus e hipertensión arterial. *Acta Medica* 1997;7(1):144-54.
17. García-Rodes R. Tratamiento del hipertenso obeso. En: Coca A, de la Sierra A. *Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso*. Barcelona. Editorial Jims SA1993:359-64.
18. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. *Bol Of Panam* 1990;108(20):1699-78.