

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL "PROYECTO10 DE OCTUBRE"

Reynaldo de la Noval García,¹ Giselle Debs Pérez,¹ Alfredo F. Dueñas Herrera,²
Juan Carlos González Pagés³ y Magda Acosta González⁴

RESUMEN

Mil pacientes dispensarizados como hipertensos y pertenecientes a 5 áreas de salud del municipio capitalino 10 de octubre fueron evaluados con el objetivo de validar la calidad de la atención médica ofrecida por sus médicos de familia en el año 1998. Estos pacientes fueron seleccionados al azar de cada consultorio, encuestados y examinados en dichos consultorios o visitados en sus domicilios con ese fin. El 68 % eran del sexo femenino, la mayoría con más de 45 años, y en ambos sexos la frecuencia de hipertensión arterial aumentó con la edad. El tratamiento no farmacológico fue indicado al 82,9 % de estos enfermos. El 95 % tomaban drogas antihipertensivas y de éstos el 68,8 % lo hacía todos los días. El grupo de medicamentos más utilizado fue el de los antagonistas del calcio y solo el 22,8 % de los pacientes usaban betabloqueadores. Por último encontramos que del total, únicamente el 40,8 % de los hipertensos estaban controlados. Del estudio se concluye que una cantidad importante de nuestros hipertensos no son bien tratados en lo que a esta enfermedad crónica se refiere y, en consecuencia, el porcentaje de pacientes controlados en esta área es bajo.

Descriptor DeCS: SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA; HIPETENSION.

Durante las 3 o 4 últimas décadas las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han emergido de forma tal que constituyen en la actualidad un grave problema de salud para la humanidad, sobre todo en países desarrollados y en vías de desarrollo.^{1,2}

La hipertensión arterial (HTA) afecta a casi 1 de cada 3 adultos en el mundo (prevalencia 28-32 %) con 140/90 mm de Hg o más como cifras definitorias de hipertensión,³ si a esto unimos que esta enfermedad constituye un "factor de riesgo" de otras enfermedades más graves

¹ Especialista de I Grado en Cardiología. Departamento de Cardiología Preventiva.

² Especialista de II Grado en Cardiología. Investigador Auxiliar. Departamento de Cardiología Preventiva.

³ Licenciado en Biología. Proyecto 10 de Octubre. Hospital Santos Suárez.

⁴ Licenciada en Enfermería. Departamento de Cardiología Preventiva.

(accidentes coronarios, cerebrales, renales, etcétera.) se comprenderá la importancia de detectar, clasificar, tratar, controlar y seguir a este grupo de enfermos durante toda su vida.

Según *Macías Castro* y otros y *Dueñas y de la Noval* el 15 % de la población cubana rural y el 30 % de la urbana es hipertensa.^{4,5} Lamentablemente el control de estos pacientes aún no es adecuado, ya que no sobrepasa el 50 % en la mayoría de los estudios revisados y se conoce que para lograr disminuciones importantes en la mortalidad cardio y cerebrovascular por HTA deben controlarse más del 85 % de ellos.³

Estudios, como el de *Framingham*, *MRFIT*, Administración de Veteranos, y el *MRC Working Party* han demostrado que los accidentes cardio y cerebrovasculares fatales y no fatales, se incrementan de forma progresiva con el aumento de las cifras sistólicas y diastólicas. Esta relación ha resultado ser fuerte, continuada, independiente, predictiva y etiológicamente significativa.⁶⁻⁹ Así se ha podido conocer que una persona mayor de 35 años que tenga cifras diastólicas de presión arterial superiores a 100 mm de Hg sin recibir tratamiento regular, puede llegar a tener una reducción de su expectativa de vida equivalente a 16 años.¹⁰

Todas estas afirmaciones nos motivaron a realizar este estudio inicial; en él evaluamos a un grupo de pacientes hipertensos del municipio con el propósito de conocer aspectos de interés en cuanto a la clasificación, tratamiento y control de estos enfermos en el nivel de atención primaria de salud.

Secundariamente, y como parte de las acciones del proyecto 10 de Octubre, nos propusimos evaluar la calidad de la atención médica que brindan los médicos de la familia en el nivel primario de salud del municipio.

MÉTODO

Para llevar a cabo este trabajo seleccionamos una muestra representativa de pacientes dispensarizados como hipertensos en 50 consultorios del médico de la familia de los Policlínicos Santos Suárez, Pasteur, Luis de la Puente Uceda, Luyanó y 30 de Noviembre, todos pertenecientes al municipio 10 de Octubre. Se creó un formulario que se le realizó a cada paciente, la mayoría de las veces en el consultorio, aunque algunos fueron visitados en su domicilio. Al final el universo de estudio fue de 1 000 casos (anexo).

Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos y se presentan en forma descriptiva.

RESULTADOS

De los 1 000 pacientes que participaron en el estudio, el 68 % fueron mujeres que en su mayoría (n = 585) supera los 45 años (tabla 1).

TABLA 1. Distribución de la muestra estudiada por sexo y grupos de edades

Grupo de edades (años)	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menos de 25	43	97,7	1	2,2	44	100
25 a 34	47	66,1	24	33,9	71	100
35 a 44	50	41,6	70	58,3	120	100
45 a 54	50	26,0	142	73,9	192	100
55 a 64	60	24,2	187	75,7	247	100
Más de 65	70	21,4	256	78,5	326	100
Total	320	32,0	680	68,0	1 000	100

Al indagar acerca de la clasificación, el 78 % de los hipertensos estaban clasificados, aunque no siempre del mismo modo; 54,4 % lo estaba por cifras, el 50 % tenía clasificación por estadios y la mayor parte (78,9 %) por etiología (tabla 2).

TABLA 2. Clasificación de los hipertensos estudiados (n = 1 000)

Clasificación	n	%
Sí	780	78,0
No	220	22,0
Por cifras	544	54,4
Por estadios	500	50,0
Por etiología	789	78,9

Fuente: encuesta.

La tabla 3 muestra que se le había indicado tratamiento no farmacológico al 82 % de los pacientes y que la dieta sin sal fue la medida más recomendada (93 %) seguida de la indicación de ejercicios (63,8 %). Otras medidas de importancia como la reducción del peso corporal a individuos sobrepesos y obesos y la cesación del hábito de fumar a los fumadores sólo se indicaron al 55,2 % y 38,8 % respectivamente.

TABLA 3. Tratamiento no farmacológico (n = 1 000)

Indicado	n	%
Sí	820	82,0
No	171	17,1
Tipo de terapéutica no farmacológica		
Reducir peso*	458	55,2
No fumar**	322	38,8
Dieta sin sal	772	93,1
Ejercicios	529	63,8
Relajación	335	40,4
Alcohol	136	16,4

* Si es obeso.

** Si es fumador.

Fuente: encuesta.

En la tabla 4 mostramos que una cifra elevada de hipertensos (90,5 %) tomaban medicamentos para su enfermedad, aunque sólo el 68,8 % de ellos refirieron hacerlo diariamente. El 22,4 % reconoció que los tomaban cuando "creían" tener la presión arterial elevada, el 13,7 % cuando realmente

la tenían elevada y el 5,5 % de ellos aseguraron automedicarse "cuando pensaban transgredir su dieta".

TABLA 4. Tratamiento farmacológico y frecuencia de ingestión (n = 1 000)

Toman medicinas	n	%
Sí	905	90,5
No	95	9,5
Frecuencia de ingestión del medicamento		
Todos los días	623	68,8
Cuando cree tener la presión alta	203	22,4
Cuando tiene la presión alta	124	13,7
Cuando va a transgredir la dieta	50	5,5

Fuente: encuesta.

Respecto a los grupos de medicamentos más utilizados, apreciamos en la tabla 5 que los antagonistas del calcio (fundamentalmente nifedipina) ocupaban el primer lugar (54 %), siguiéndoles en orden de frecuencia los diuréticos (49,2 %), los «sedantes» (34 %), los betabloqueadores (22,8 %), los vasodilatadores (14,4 %), los bloqueadores de los receptores alfa 1 (11,4 %) y por último los inhibidores de enzima convertora (3,7 %).

TABLA 5. Grupo de medicamentos más utilizados (n = 905)

Medicamentos	n	%
Anticálcicos	489	54,0
Diuréticos	446	49,2
Sedantes	308	34,0
Betabloqueadores	207	22,8
Vasodilatadores	131	14,4
Alfa 1	104	11,4
Inhibidor enzima convertora	34	3,7

Fuente: encuesta.

Para finalizar el estudio, se evaluó el grado de control de esta enfermedad, así como el porcentaje de hipertensos que tenían indicado un tratamiento adecuado (Figs. 1 y 2), y encontramos que 408 enfermos (40,8 %) estaban controlados en el momento del estudio y que el tratamiento fue considerado adecuado en 623 pacientes (62,3 %).

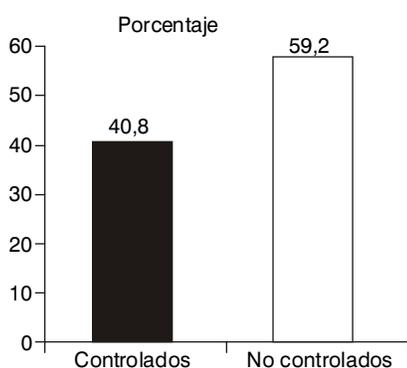


FIG. 1. Control de la hipertensión arterial ($n = 1000$).

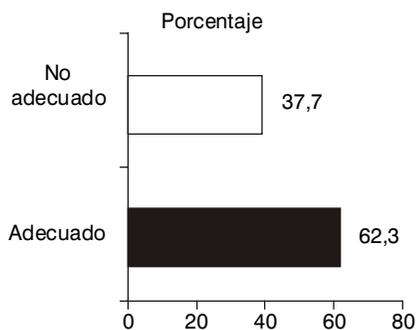


FIG. 2. El tratamiento indicado fue adecuado? ($n = 1000$).

DISCUSIÓN

Estudios prospectivos han demostrado consistentemente una relación positiva entre la edad y la presión arterial

en diversas poblaciones con características geográficas, culturales y socioeconómicas diferentes.¹¹ En nuestro estudio también se observó un aumento de la prevalencia de la HTA con la edad en ambos sexos, apareciendo en edades más tempranas entre los hombres y más tardíamente en las mujeres, sobre todo en el período posclimático. Esto coincide con lo reportado en la literatura.^{8,9,11,12}

Está muy bien demostrada la importancia de enfocar adecuadamente el estudio y el manejo de un paciente hipertenso partiendo, después de su detección, de una correcta clasificación de la HTA por cifras, estadios y etiología. Ello nos permite conocer el riesgo de presentar complicaciones (fatales o no) que tiene el enfermo y poder orientar la terapéutica necesaria en cada caso; por eso los resultados que se mostraron en la tabla 2 son motivo de reflexión, pues faltaba por clasificar una cuarta parte de la muestra de los hipertensos dispensarizados.

Otra situación que debe ser atendida y corregida es el pobre efecto que tiene la educación para la salud brindada por nuestros médicos de la atención primaria a estos enfermos crónicos (tablas 3 y 4). Una cosa está clara: el mensaje educativo no está llegando bien a ellos y por eso no consiguen cambios duraderos en sus estilos de vida ni adherencia al tratamiento farmacológico. El por qué de este problema pudiera estar relacionado con la errónea y frecuente concepción de que el médico es quien debe normalizarle la presión arterial a los hipertensos (casi "obligatoriamente" con fármacos) sin notar que estos pacientes tienen un papel muy activo en su control, que son capaces de cumplir cuando cuentan con un buen conocimiento sobre su enfermedad y con una magnífica comunicación con su médico.

Así la Liga Mundial contra la Hipertensión Arterial¹³ ha hecho hincapié en la necesidad de indicar tratamiento no

farmacológico (modificar estilos de vida no saludables) a la totalidad de los hipertensos como norma, independientemente de que necesiten drogas o no.

Del análisis de la tabla 5, salta a la vista que los medicamentos antihipertensivos no son utilizados correctamente en el nivel primario de salud, pues desde hace ya algún tiempo se conoce que los diuréticos y los betabloqueadores han demostrado ser hasta la fecha los 2 únicos grupos de medicamentos que han logrado disminuciones importantes en la morbimortalidad por enfermedad cerebro y cardiovascular^{4,15} y en nuestro medio se utilizan poco. En cambio se "abusa" de ciertas drogas, no tan eficaces y en muchos casos, otras que ni

siquiera debían ser utilizadas (como sucede con los sedantes como el meprobamato).

Pudimos apreciar cómo el control de la HTA es aún bajo (Fig. 1) y que el tratamiento indicado a estos enfermos fue adecuado (dosis indicada, tipo de droga, combinaciones, etc.) en poco más de las 2/3 partes de estos individuos (Fig. 2). Se hace imperativo, por tanto, aumentar estos 2 indicadores pues sólo de esa forma lograremos un impacto en lo que a disminución de la morbimortalidad por esta entidad se refiere.

Como recomendación, los autores de este trabajo proponen que estudios de validación de calidad de atención médica de este tipo se sigan realizando en otras áreas del país y a mayor escala.

ANEXO

1. Consecutivo: _____
2. Fecha del examen: _____
3. Nombre: _____
4. Dirección: _____ 5. Consultorio: _____ 6. Edad: _____ 7. Sexo: _____
8. ¿Está clasificado el hipertenso? Sí: _____ No: _____
9. Por cifras _____ 1. Ligero _____ 2. Moderado _____ 3. Severo _____
10. Por estadios _____ 1. Estadio I 2. Estadio II 3. Estadio III
11. Por etiología _____ 1. Primaria 2. Secundaria
12. Tratamiento no farmacológico recomendado Sí_ No _
13. Reducir peso (si obeso) _____ 14. No fumar (si fumador)
15. Dieta sin sal _____ 16. Ejercicios _____ 17. Relajación
18. Alcohol _____
19. ¿Ud. toma medicamentos para su HTA? Sí _____ No _____
20. Si la respuesta anterior es Sí, ¿Cuándo los toma? _____
21. Todos los días_ 22. Cuando cree tener presión alta _____
23. Cuando tiene la presión alta_ 24. Cuando va a transgredir dieta _____
25. Tratamiento farmacológico: _____

Indicado (Obtenido en la historia clínica)		Cumplido (Obtenido del paciente)	
Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
_____	_____	_____	_____

26. ¿Está controlado el paciente? Sí_ No
27. ¿El tratamiento impuesto fue adecuado? Sí_ No
28. Tomas de presión arterial (mm de Hg) Sistólica Diastólica

1ra. toma _____	_____
2da. toma _____	_____

SUMMARY

1000 patients classified as hypertensives from the 5 health areas of the "10 de Octubre" municipality, in the capital, were evaluated with the aim of validating

the quality of medical care offered by their family physicians in 1998. These patients were randomly selected at each physician office, where they were surveyed and examined. Some of them were visited at home. 68 % were females and most of them were over 45. Blood pressure increased with age in both sexes. Non-pharmacological treatment was indicated to 82.9 % of these patients. 95 % of them were taking antihypertensive drugs and 68.8 % took them every day. The most used group of drugs was that of calcium antagonist, whereas only 22.8 % took betablockers. It was finally found that just 40.8 % of the total of hypertensive patients were controlled. It was derived from the study that a considerable number of our hypertensives are not well treated as regards this chronic disease and that, as a result, the percentage of patient under control in this area is low.

Subject headings: COMMUNITY HEALTH SERVICES; HYPERTENSION/therapy.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuster V, Pearson TA. 27 th Bethesda Conference: matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events, September 14-15,1995. *J Am Coll Cardiol* 1996;27:957-1047.
2. Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. *Proc Natl Acad Sci USA* 1997;94:2593-8.
3. The Fifth Report of the Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1993;153:154-83.
4. Macías Castro I, Cordiés L, Dueñas A, Alfonso J, Pérez Caballero D, Agramonte S. Programa Nacional para la Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Comisión Nacional. MINSAP. La Habana, Cuba. 1995.
5. Dueñas A, Noval R de la. Educación al paciente hipertenso. Manual de entrenamiento para el personal de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1995:6-19.
6. Peter WF, Hanssens M, Brott T, MacDonald GJ, MacMahon SW, Coronary risk factor. Incidence of CHD in Framingham Offspring 36 th Annual Conference on Cardiovascular Disease. *Circulation* 1996;93:11-3.
7. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group (MRFIT) Mortality rates after 10.5 years for participants in the intervention trial. *JAMA* 1990;263:1795-801.
8. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents: effect of treatment on morbidity in hypertension III. *Circulation* 1972;45:991-1004.
9. Medical Research Council (MRC) Working Party. Trends of treatment of hypertension in older adults: principal results. *Br Med J* 1994;304:405-12.
10. Kannel WB, Wilson PW, Abbott RD, Rodríguez R, Curb JD. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. *JAMA* 1996;275:1571-6.
11. Whelton PK. Epidemiology of hypertension. *Lancet* 1994;344:101-6.
12. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I): Healthy People 2000. US Public Health Services 1991. DHHS publication. 1992;78:502-12.
13. World Hypertension League (WHL): A Consensus Statement in high blood pressure. *J Hipertension* 1996;10:278-89.
14. Shultz JF, Sheps SG, Gifford RW, Farnett L. Management of patients with hypertension: A hypertension clinic model. *Mayo Clin Proc* 1994;69:997-9.
15. Grossman E, Messerli FH, Cutler JA, Sacks FM. High blood pressure: a side effect of drugs, poisons and food. *Arch Intern Med* 1995;155:450-60.

Recibido: 10 de mayo de 1999. Aprobado: 24 de mayo de 1999.

Dr. Reynaldo de la Noval García. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Ciudad de La Habana, Cuba.