

Caracterización de la presión arterial en pacientes del sector 16 del Policlínico “Josué País García”

Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba

Dr. Arturo Chang Vázquez, Dra. Inés María Williams Vaillant

E-mail: secretariadofeu@sierra.scu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal cuyo universo estuvo constituido por los 158 hipertensos del sector 16 del Policlínico “Josué País” del Abel Santamaría de la provincia de Santiago de Cuba, de los cuales se tomó como muestra a 144, durante el período comprendido entre abril de 2008 y enero de 2009. Se planteó como objetivo general caracterizar la hipertensión arterial en pacientes del sector 16 del Policlínico “Josué País” de Santiago de Cuba. Se trabajó con las variables: edad, sexo, raza, categoría según nivel de lectura de la presión arterial, factores de riesgo y medicamentos empleados y si fueron administrados solos o combinados. Concluyéndose que la hipertensión arterial afecta fundamentalmente al sexo femenino, a las personas que se encuentran entre los 50 y 70 años de edad y a la raza negra; el estadio hipertensivo que predomina es el estadio II; y la obesidad, el sobrepeso y el hábito de fumar son los principales factores de riesgo. Los medicamentos más usados para el control de la hipertensión arterial son el captopril, la clortalidona y el corinfar, y predomina el uso de los medicamentos asociados.

Palabras clave: Hipertensión, presión arterial, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

Se acepta como hipertensión arterial (HTA) a la elevación mantenida de la presión arterial (PA) por encima o igual a la cifra de 140 milímetros de mercurio (mm Hg) de presión sistólica y/o de 90 mm Hg de presión diastólica. Esto se refiere a la enfermedad cardiovascular más extendida por el mundo, estimándose que 691 millones de personas la padecen y es la principal responsable de los 15 000 000 de accidentes cardíacos y vasculares diagnosticados cada año en el mundo (1). Hoy en día el problema ya no se trata solamente de evitar las muertes prematuras y de aumentar la supervivencia, sino también de conservar la salud y restablecer las capacidades físicas y mentales durante un ciclo de vida que cada vez se prolonga más. Sin embargo, no pueden lograrse los objetivos propuestos si no se actúa sobre los factores de riesgo condicionantes de las enfermedades no transmisibles causantes de la mayor parte de las defunciones. La hipertensión arterial constituye un problema de salud de considerable importancia en nuestros días, no solamente por los perjuicios que ocasiona per se en la salud de las personas sino también, por el número apreciable de muertes e incapacidades que produce de manera indirecta por su condición de factor de riesgo de otras patologías. En Cuba se ha estimado que la cifra de muertes por hipertensión arterial oscila entre 7,3 y 8,1 por 100 000 habitantes, sin embargo, si se añadieran las defunciones por enfermedad cerebrovascular, enfermedad isquémica del miocardio e insuficiencia cardíaca, las muertes atribuidas a la hipertensión arterial serían superiores (2).

El número de hipertensos en Cuba se estima alrededor de los dos millones. No obstante, se conoce que una gran parte de ellos no están detectados, muchos no tratados y similar cuantía no controlados (1).

Objetivo General: Caracterizar la hipertensión arterial en pacientes del sector 16 del Policlínico “Josué País” de Santiago de Cuba.

Objetivos Específicos:

- Identificar el grupo de edad, sexo y raza más afectado por la hipertensión arterial, así como el estadio de

HTA predominante.

- Mostrar los factores de riesgos de la enfermedad y las complicaciones de la HTA.
- Mostrar cuáles medicamentos son los más usados para el control de la HTA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal durante el período comprendido entre los meses de abril de 2008 y enero de 2009, cuyo universo estuvo constituido por los 158 hipertensos del sector 16 del Policlínico "Josué País" del Abel Santamaría de la provincia de Santiago de Cuba, de los cuales se tomó como muestra a 144 de ellos. En el estudio se tomaron en cuenta las variables edad, sexo, raza, estadio de la HTA según nivel de lectura de la presión arterial, factores de riesgo y la distribución de los medicamentos empleados. La información se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes del sector 16 del Policlínico "Josué País" y entrevistas previo consentimiento informado, usándose una planilla de vaciamiento para trabajar con los datos obtenidos. Se usaron como medidas de resumen los números absolutos y porcentos, los resultados se expusieron en tablas para su mejor comprensión.

RESULTADOS

El 41,66% de los estudiados tenían edades comprendidas entre los 50-59 años y el 62,50% pertenecía al sexo femenino, no encontrándose mujeres menores de 40 años con diagnóstico de hipertensión arterial. Se encontró un predominio de la raza negra en la muestra, representando al 50% de ésta, y el 41,66% se encuentra en el estadio II de HTA según en el nivel de lectura de TA.

De los factores de riesgo encontrados (tabla 1) el más relevante es la obesidad con un 37,50%, le siguen el sobrepeso y el hábito de fumar ambos con un 33,33%.

Los medicamentos más usados para el control de la HTA (tabla 2) son el captopril con un 21,28%, y la clortalidona y el corinfar con un 19,15% cada uno, y hay un predominio del uso de los medicamentos de forma combinados o asociados. El uso de la medicina natural para el control de la HTA está representado por la caña santa en un 10,64%.

DISCUSIÓN

Contrario a lo que se plantea en la literatura, hay un predominio de las mujeres con HTA sobre los hombres en este estudio, dado que las mujeres acuden al médico con mayor frecuencia y tienen una tendencia mayor a buscar ayuda ante problemas de salud, se puede decir que hay una cifra de hipertensos masculinos mayor que la encontrada que no ha sido captada; esto sin dejar de plantear que con el desarrollo de la fuerza femenina en campos que tradicionalmente habían sido solamente de los hombres y con ello un aumento de la carga de estrés a las mujeres se ha visto un incremento en las cifras de HTA pertenecientes al sexo femenino (2).

De los factores de riesgo encontrados (tabla 1) el más relevante es la obesidad con un 37,50% que está por encima de lo estimado para Cuba de alrededor de 20 % de la población es obesa y le siguen el sobrepeso (muy relacionado con lo anterior) y el hábito de fumar con un 33,33% (1).

El sobrepeso y la obesidad han ido ganando interés por su vinculación con la mayoría de los factores de riesgo cardiovascular, y más especialmente con la diabetes mellitas y la HTA. La obesidad potencia la aparición de la mayoría de los factores de riesgo cardiovascular y es factor de riesgo independiente de las complicaciones cardiovasculares (3). Lejos del concepto clásico de que el tejido adiposo ejerce funciones de almacenamiento de energía, actualmente sabemos que es un órgano endocrino muy activo, capaz de sintetizar gran cantidad de hormonas e interleuquinas, que globalmente reciben el nombre de adipocinas. Algunas de estas adipocinas, como la resistina, se han relacionado de forma directa con la disfunción endotelial, y otras aún más con la aparición de HTA. Más concretamente, se ha descrito que los niveles bajos de adiponectinase asocian con la aparición de HTA y también a mayor sobrepeso, edad y trigliceridemia y menor concentración de HDL. De ahí que esta citoquina haya sido propuesta como factor de riesgo independiente de HTA (4).

El abandono del hábito de fumar incrementa la expectativa de vida en 3,1% en los hombres y 3,3% en las mujeres, disminuye el colesterol en 5,6%, así como la incidencia de procesos clínicos y la acción anticoagulante de las plaquetas, mejora el efecto vasoprotector sobre las prostaglandinas y la presión arterial sanguínea (1).

Ya en 1966, Jeremiah Stamler se refirió al concepto de factores de peligro coronario, establecido por su gran importancia teórico-práctica en relación con la génesis, desarrollo y profilaxis de la enfermedad aterosclerótica de las arterias coronarias, cerebrales y periféricas. Dicho concepto se basó firmemente en muchos datos extraídos de estudios llevados a cabo en los Estados Unidos, de ensayos experimentales en animales y de investigaciones retrospectivas efectuadas por cardiólogos, quienes observaron que sus pacientes de mediana edad, con algún trastorno cardíaco coronario, solían padecer normalmente ciertas alteraciones

(hipercolesterolemia, hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus) (1).

Los medicamentos más usados para el control de la HTA (tabla 2) son el captopril con un 21,28%, y la clortalidona y el corinfar con un 19,15% cada uno, y hay un predominio del uso de los medicamentos de forma combinados o asociados. Lo que actualmente pone de manifiesto la tendencia a usar los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (el captoril en este caso) y el hecho de que el 37,50% de los hipertensos sean obesos, un 33,33% presenten sobrepeso y un 25,00% estén enfermos de diabetes mellitus. El uso de la medicina natural para el control de la HTA está representado por la caña santa en un 10,64%.

En cuanto a la intervención farmacológica, el control de la HTA con el antagonismo del sistema renina-angiotensina-aldosterona ofrece beneficios más allá del control de la PA. En los pacientes diabéticos concretamente estos grupos terapéuticos han demostrado proporcionar superior efecto protector de la función renal en el tratamiento de la hipertensión arterial y, más recientemente, cuando se inician tras un síndrome coronario agudo. Las recomendaciones actuales recomiendan los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o los antagonistas de los receptores de angiotensina en pacientes diabéticos o en los afectos de insuficiencia renal crónica (5, 6).

Los resultados de los estudios más recientes sobre el control de la presión arterial confirman que la tasa de eficacia de la terapia antihipertensiva sigue siendo muy baja y que parte del fracaso para alcanzar los objetivos de presión arterial está relacionado con una utilización persistentemente elevada de la monoterapia, mientras que la terapia combinada sigue siendo considerada mayoritariamente como una opción de segunda línea (5).

De hecho, la justificación de la terapia combinada se basa en una mayor eficacia en relación con los efectos sinérgicos y aditivos de diferentes fármacos sobre la presión arterial, los efectos sobre varios mecanismos fisiopatológicos de la hipertensión y la inhibición de los mecanismos de contrarregulación, así como en una reducción de los efectos adversos. Por otra parte es importante considerar la relevancia de la combinación más favorable en cuanto a reducción de los efectos metabólicos, protección del daño orgánico y prevención de la mortalidad y la morbilidad renal y cardiovascular (6).

CONCLUSIONES

La HTA afecta fundamentalmente al sexo femenino, a las personas que se encuentran entre los 50 y 70 años de edad y a la raza negra. El estadio hipertensivo que predomina es el estadio II. La obesidad, el sobrepeso y el hábito de fumar son los principales factores de riesgo. Los medicamentos más usados para el control de la HTA son el captopril, la clortalidona y el corinfar, y predomina el uso de los medicamentos asociados.

Tabla 1. Factores de riesgo encontrados en 144 hipertensos del sector 16 del Policlínico Josué País. Santiago de Cuba. Abril de 2008 - Enero de 2009.

Factores de riesgo	No	%
Hábito de fumar	48	33,33
Ex-fumador	12	8,33
Obesidad	54	37,50
Sobrepeso	48	33,33
Alcoholismo	6	4,16
Antecedente Patológico Familiar de HTA	42	29,16
Hiperlipoproteinemia	12	8,33
Diabetes Mellitus	36	25,00

Fuente: Planilla de vaciamiento

Tabla 2. Distribución de los medicamentos empleados por 144 hipertensos del sector 16 del Policlínico Josué País. Santiago de Cuba. Abril de 2008 – Enero de 2009.

Medicamentos	Monoterapia		Asociado		Total	
	No	%	No	%	No	%
Clortalidona	-	-	54	19,15	54	19,15
Hidroclorotiacida	6	2,13	18	6,38	24	8,51
Furosemida	-	-	6	2,13	6	2,13
Atenolol	12	4,25	6	2,13	18	6,38
Propranolol	-	-	6	2,13	6	2,13
Captopril	18	6,38	42	14,89	60	21,28
Enalapril	-	-	18	6,38	18	6,38
Nifedipino (corinfar)	24	8,51	30	10,64	54	19,15
Metildopa	-	-	12	4,25	12	4,25
Caña santa	12	4,25	18	6,38	30	10,64
Total	72	25,53	210	74,47	282	100,00

Fuente: Planilla de vaciamiento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Dios Lorente JA, Fernández Pérez S, Font Difourt M, Del Río Caballero G, Pérez Pérez A. Enfoque contemporáneo de algunos aspectos de los factores de riesgo coronario. *MEDISAN* 2003;7(2):110-118.
2. Coutin Marie G, Borges Soria J, Batista Moliner R, Feal Cañizares P. El control de la hipertensión arterial puede incrementar la esperanza de vida. Verificación de una hipótesis. *Rev Cubana Med* 2001;40(2):103-8.
3. Guallar-Castellón P, Banegas JR, García MJ, Gutiérrez-Fisac JL, López E, Rodríguez-Artalejo F. Asociación de la enfermedad cardiovascular con el sobrepeso y la obesidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:616-8. [Medline] [Artículo].
4. Verma S, Li SH, Wang CH, Fedak PW, Li RK, Weisel RD, et al. Resistin promotes endothelial cell activation: further evidence of adipokine-endothelial interaction. *Circulation*. 2003;108:736-40. [Medline].
5. Grundy SM, Hansen B, Smith SC, Cleeman JI, Kahn RA; American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Diabetes Association. Clinical management of metabolic syndrome: report of the American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute/American Diabetes Association conference on scientific issues related to management. *Circulation*. 2004;109: 551-6. [Medline].
6. Volpea M, Toccib G. Justificación de la terapia combinada con IECA y bloqueadores de los canales de calcio en la hipertensión. *Rev Española de Hipertensión*. 2007;24(6):256-260.