

POLICLINICO UNIVERSITARIO  
“DR. AURELIO MARTINEZ MEJIAS”  
YATERAS

**CARACTERIZACION DE PACIENTES  
HIPERTENSOS DEL AREA DE SALUD DE  
FELICIDAD DE YATERAS**

*Dra. Edilia Blancart Del Prado<sup>1</sup>, Lic. Odalis Del Prado Tamayo<sup>2</sup>, Lic. Aleyda Velásquez Romero<sup>2</sup>, Dr. Demetrio Pérez Kindelán<sup>3</sup>.*

**RESUMEN**

Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de caracterizar a pacientes hipertensos atendidos en el área de salud de Felicidad de Yateras (enero 2007-enero 2008), pertenecientes a 11 consultorios. Nuestro universo está constituido por 240 pacientes que representan 40 % del total de enfermos con diagnóstico de hipertensión arterial en mayores de 15 años. Los datos obtenidos se procesan con el método de tarjado, los resultados se expresan en porcentajes. El predominio es de pacientes hipertensos del grupo 45 a 54 años (40 %), se identifican como factores de riesgo: la ingestión de grasa de origen animal (45 %), sedentarismo (93 %). Existe desconocimiento de pacientes hipertensos en relación con su enfermedad (40 %). Prevalcen enfermos miembros de familia moderadamente funcional (50 %). Se recomienda realizar intervención comunitaria en el área de promoción de salud, así como optimizar el control del paciente hipertenso.

*Palabras clave:* HIPERTENSION ARTERIAL/diagnóstico; HIPERTENSION ARTERIAL/terapia.

**INTRODUCCION**

La Hipertensión Arterial (HTA) es la más común de las condiciones que afectan la salud de individuos adultos en las poblaciones de todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

<sup>2</sup> *Master en Ciencias de la Educación. Instructor.*

<sup>2</sup> *Master en Ciencias de la Educación. Instructor.*

<sup>3</sup> *Especialista de II Grado en Pediatría. Instructor.*

cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, padecimiento cerebro vascular, insuficiencia renal y puede también producir afectaciones de vasculatura periférica y de retina.<sup>1-5</sup>

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.<sup>5</sup>

En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre 15 y 30%. La frecuencia de HTA aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de ella. En muchos países es causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda en uso de medicamentos.<sup>5</sup>

En Cuba el predominio es de 30 % en zonas urbanas y 15 % en rurales<sup>6</sup> y alrededor del 50.0 % de las personas mayores de 50 años padecen esta enfermedad. La hipertensión esencial es el tipo de HTA más frecuente, pues representa de un 90 a un 95 % de todos los casos diagnosticados como hipertensos.<sup>3</sup> La prevención de la HTA constituye la medida sanitaria más universal, importante y menos costosa, debe convertirse en prioridad de las instituciones de salud.<sup>12</sup>

En Cuba la prevalencia por hipertensión arterial es de 191.7 %y la incidencia es de 5.4 %. En La Habana la prevalencia es de 180.8 % y la incidencia de 3.8 %. En la provincia de Guantánamo la prevalencia es de 164.4 % y la incidencia de 8.0 % según fuente del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) 6 de marzo de2007.

El MINSAP en Cuba propone para el año 2009 reducir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en un 20 %, y dentro de ellas, la HTA ocupa un lugar relevante, por esta situación y al considerar que el área de salud donde se realiza la investigación no está exenta de este problema, observándose una prevalencia de 7.8 %, con predominio del sexo femenino, y como factores de riesgo mas frecuentes se reportan en diagnósticos de la situación de salud el hábito de fumar, el sedentarismo e ingestión de grasas saturadas.

Se decide realizar esta investigación con el objetivo de caracterizar a pacientes hipertensos atendidos en el área de salud de Felicidad de Yateras (enero 2007- enero 2008), a la cual corresponden 11 consultorios tipo 1, concientes de que el médico no limita su trabajo solamente a la cura, al tratamiento de enfermedades y problemas de salud, sino que abarca las

acciones educativas de promoción de salud, prevención, rehabilitación y mantiene el control de pacientes dispensarizados. Al vincularse estrechamente con familia y comunidad, conoce estilos de vida y factores de riesgos que inciden en cada uno de ellos, de forma tal que sus acciones de intervención están obligadas a lograr un modo de vida mas sano.

## **METODO**

Se realiza estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de caracterizar a pacientes hipertensos atendidos en el área de salud de Felicidad de Yateras en el período enero de 2007 - enero de 2008. El universo de estudio está constituido por 240 pacientes que representan el 40 % del total de enfermos con HTA mayores de 15 años. Los datos obtenidos después de aplicados por diferentes instrumentos diseñados al efecto, procesado por el método tarjado, expresando su resultado en porcentaje. Toda la información obtenida se presenta en tablas de distribución de frecuencia de una entrada.

## **RESULTADOS Y DISCUSION**

En la (Tabla 1) se describen características de enfermos de HTA según variables sociodemográficas seleccionadas, donde observamos que predominó la HTA en grupo de 45 a 54 años con 96 pacientes (40 %). Con relación al sexo, predominó el femenino con 144 pacientes para el 60 %.

Al analizar la raza, los pacientes de color mestizo ocupan la primera posición (45 %). Con relación a ocupación, la mayoría de los hipertensos (60 %) con 144 pacientes eran trabajadores y, finalmente al analizar el estado civil predominaron pacientes con unión consensual, 156 casos (65 %). Existe el criterio de que la presión sistólica y diastólica puede aumentar paralelamente con la edad por el desarrollo de cambios vasculares arterioscleróticos, nutricionales y otros factores de riesgo.<sup>1,14,15</sup>

En Santiago de Cuba, la doctora Serret<sup>18</sup> describe predominio por encima de la 5ta década de vida del sexo femenino y la raza negra. Otros autores tantos nacionales, como internacionales coinciden que la hipertensión arterial es más frecuente en el sexo femenino.<sup>1,15,19,20</sup>

El predominio de hipertensos de color mestizo en esta investigación pudiera explicarse por características etnográficas de la población objeto de estudio.<sup>14,16,18,20</sup>

El hecho que el mayor número de pacientes se encuentra entre trabajadores, amas de casas y jubilados en correspondencia con otros reportes realizados<sup>19,20</sup>, en nuestro medio expresan que la afección se manifiesta en individuos que desempeñan múltiples actividades con cambios frecuentes de tareas. Los de unión consensual y casados desempeñan en el seno de la familia varias tareas influyen en lo económico, social y cultural, pudiera entenderse predominio de hipertensos en estos grupos.

Muchos autores coinciden en señalar la importancia de modificar una serie de factores de riesgo relacionados con aparición y empeoramiento de HTA, lo que contribuye al llamado tratamiento no farmacológico a disminuir o retrasar la necesidad de uso del fármaco, aumentar factores protectores y contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.<sup>1,11,15,20</sup>

Para dar cumplimiento a las acciones de intervención es preciso que el médico de familia tenga identificado estos en cada individuo. En la Tabla 2 se describen factores de riesgo en casos estudiados, llama la atención que el 60 % (144 hipertensos) eran sedentarios, el 40 % (96 pacientes) gustan percibir sabor a sal en las comidas.

Se encontró un número no considerable de hipertensos que fumaban 28 (11.6 %) y con ingestión frecuente de bebidas alcohólicas 48 (20 %). Valdivia y colaboradores al estudiar la estrategia de riesgo de la HTA en Camaguey en población atendida por dos consultorios en el municipio Morón, constataron que la no práctica de ejercicios físicos sistemáticos fue el factor modificado de mayor prevalencia.<sup>20</sup>

Está demostrado que el ejercicio regular isotónico tiene un efecto directo en reducción de la presión arterial, probablemente por disminución del peso corporal y representa un estímulo para la adopción de actividades positivas para modificar otros factores de riesgo.<sup>15,20</sup>

Con respecto a la investigación existen estudios a favor de que la sobrecarga de sodio es un factor contribuyente para la elevación de la presión arterial. Se han descubierto poblaciones en América del Sur, África y el Pacífico que mantienen la presión arterial en niveles bajos durante toda la noche.<sup>15,20</sup>

En la actualidad se sabe que el 25 % de muertes por enfermedades de arterias y el corazón están determinadas por el tabaco, atribuyéndose fundamentalmente al efecto tóxico de la nicotina, la cual libera sustancias como la cortisona (que eleva presión arterial, aumenta frecuencia con que late el corazón y contrae todas las arterias del organismo) además, bloquea el consumo de oxígeno por el músculo cardiaco y aumenta nivel de grasa en la sangre, grasa que después se acumula en paredes de arterias estrechándolas y endureciéndolas garantizando así un desarrollo precoz de arteriosclerosis.<sup>11</sup>

Santana y colaboradores en el año 2004 encontraron que el hábito de fumar, fue uno de los factores de riesgo más frecuente.<sup>26</sup> Con respecto al alcohol se reportan estudios que reflejan que su ingestión excesiva y habitual se asocian a hipertensión arterial, la cual desciende cuando se deja de tomar o se disminuye sustancialmente la ingestión y se mantienen normo tensos mientras dura la abstinencia.<sup>10</sup>

La mayoría de artículos revisados sostienen que el etanol en pequeñas cantidades 10-30 ml por día en general, menos de 30 ml diarios, parece proteger contra afecciones cardiovasculares, por encima de estas cantidades ejercen efectos presor y dilatorio<sup>10</sup>, razones por las cuales algunos autores recomiendan un consumo diario de alcohol menor de 30 ml (no ingerir más de dos tragos diarios)<sup>15,20</sup> y en el caso del enfermo hipertenso no se recomienda la ingestión de bebidas alcohólicas<sup>20</sup>, debido a que la acción tóxica del alcohol determina incremento de la actividad simpática, activación del sistema renina angiotensina aldosterona, aumento del agua corporal total y volumen sanguíneo, como resultado de corticoides y mineralocorticoides, excesiva ingestión de sodio a través del tipo de bebida ingerida, alteración en transporte del calcio hacia el interior de las células, demanda energía para su neutralización en el organismo, que deja de ser utilizada en oxidación y eliminación de grasas que tienden a acumularse en arterias y órganos como el hígado.<sup>10</sup>

En la Tabla 3 se reflejan aspectos analizados para valorar conocimientos del paciente hipertenso sobre su enfermedad.

Es llamativo que el 100 % de los enfermos estudiados respondió conocer qué es la hipertensión arterial, sin embargo, al analizar preguntas de filtro realizadas resultaron interesantes los resultados obtenidos. El 40 % respondió que no debe ser diario y permanente el tratamiento que lleva como hipertenso, el 45 % desconoce que el paciente hipertenso corre riesgo de padecer del corazón.

Estos resultados demuestran que a pesar de no ser tan significativos, debemos continuar llevando mejor labor educativa. Es evidente que no resulta suficiente con la valoración por parte del médico o enfermera del consultorio de la familia, de las orientaciones y cumplimiento en mayor o menor grado, aspectos del tratamiento no farmacológico, es necesario instrumentar programas de intervención, encaminados a modificar hábitos nocivos y al mismo tiempo aplicar medidas que contribuyan a concienciar al paciente y reconocer que está enfermo, para lograr una activa colaboración en el tratamiento.<sup>15, 20</sup>

Se conoce que el funcionamiento familiar influye en la aparición y descompresión de enfermedades crónicas y en conductas de riesgo de salud y es en grupo familiar donde se establecen bases del proceso salud enfermedad.

No es difícil percatarse que cuando una familia pierde su capacidad funcional, se produce un daño importante en sus miembros, de ahí la necesidad del estudio del funcionamiento familiar.<sup>20</sup>

Al analizar dicho funcionamiento según la percepción del paciente hipertenso (Tabla 4) se obtuvo que el 50 % de estos vive en familias moderadamente funcionales.

En la Tabla 5 se describe que el 80 % (192 casos) expresó cooperación familiar en el cumplimiento de las orientaciones médicas por parte de ellos.

La preocupación y cooperación de miembros de la familia es importante para lograr que el paciente hipertenso cumpla las orientaciones médicas, por tanto si este convive en familia disfuncional y donde no existe cooperación para el cumplimiento del tratamiento se hace más difícil el logro de su control.<sup>20</sup>

## CONCLUSIONES

1. Prevalcieron pacientes hipertensos en grupos de edades de 45 a 50 años, los del sexo femenino, color de piel mestiza, trabajadores y los que mantienen unión consensual.
2. De los factores de riesgo relacionados con HTA, fueron más frecuentes el sedentarismo, gustar el sabor a sal en las comidas y preparar alimentos grasos de origen animal.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar intervención comunitaria en el área de promoción de salud, a partir del diseño de un programa educativo, teniendo en cuenta los resultados de esta investigación.
2. Optimizar control del paciente hipertenso para la detección oportuna de complicaciones que puedan interferir en la calidad de vida del enfermo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. *Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial*. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2006.
2. García Trujillo Y, Scull Scull G, Herrera Blen J. *La Hipertensión Arterial en el cuerpo de guardia del Policlínico Principal de Urgencia*. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*. 2007; 13(2).
3. Castañer Herrera JF, Céspedes Lantigua LA. Hipertensión arterial. En: Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral: Principales afecciones del individuo en los contextos familiar y social*. v2. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p.517-36.
4. Gort Hernández M, González Ortega M, Tamayo Barberto TO, Blanco Padilla D. Comportamiento de la crisis hipertensiva en el puesto principal de urgencias. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2004; 8 (2): 35- 8.
5. Ministerio de Salud Pública. *Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial*. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2003.
6. Roca Goderich R. *Temas de Medicina Interna*. 4ªed. t1. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.p. 325-58.
7. Florat García G, García Fernández R, Hernández Veliz D, García Barreto D. Crisis hipertensivas. *Rev Cubana Cardiol Cirug Cardiovasc*. 2002; 14(2): 81-93.
8. Justo Roll I, Díaz Ballester A, Balcindes Acosta A, Yee Seuret S, Amais F. Hipertensión arterial en el cuerpo de guardia de un policlínico principal de urgencias. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001; 17(6):548-52.
9. Pérez E, Juárez S. *Crisis hipertensiva en los servicios de urgencias hospitalarias*. México: Salvat; 2001.
10. Molerio Pérez O, Arce González M, Otero Ramos I. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Rev Cubana Higiene Epidemiología*.2005; 43(1).

11. Ulmer H, Kelleher C, Diem G. Why eve is not adam: prospective follow-up in 149 650 women and men of cholesterol and other risk. Factors related to cardiovascular and all-cause mortality. *Journal of Women's Health*. 2004; 13(1):41-53.
12. Lugones Botell M, Macides Gómez Y, Miyar Pielga E. Síndrome climatérico asociado a la hipertensión arterial en mujeres de la edad mediana. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2008; 24 (1).
13. Programa Nacional de Garantías de Calidad. Guías de orientación para el diagnóstico y tratamiento de los motivos de consulta prevalentes en el APS. *Med Clin*. 2003; 1(2):10.
14. Staessen JA, Celis H, Fagard R. The epidemiology of the association between hypertension and menopause. *J Human Hypertens*. 2004;12(9):587-92.
15. Artilles Visbal L. Globalización, terapia hormonal y determinante social del síndrome climatérico. Saluco. *Boletín Digital de la Red de Género y Salud Colectiva. Mujeres de edad mediana*. 2006; 5(1):1-2.
16. Sarduy Nápoles M, Lugones Botell M. II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia. *Editorial Cimeq*. 2007:17-22.
17. Blümel JE, Vallejo S. Evaluación clínica de la mujer climatérica. *Rev Iberoam Menop*. 2005; 7(4):8-13.
18. Lugones Botell M, Navarro Despaigne D, Fontaine Y. Factores biológicos y sociales en la mujer de edad mediana. Experiencias en la atención primaria [serie en Internet]. *Rev Colombiana Ginecol Obstetr*. 2005[citado: 22 oct 2007]; 11(2). Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia /Meno11205factores.htm>
19. Arce BS. Estrés como paradigma de la interacción recíproca entre los sistemas nerviosos, endocrinos e inmune. En: Arce BS. *Inmunología clínica y estrés. En busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.35-49.
20. Julius S. Effect of sympathetic overactivity on cardiovascular prognosis in hypertension. *Eur Heart J*. 1998;19(Supl F):14-8.



**TABLA 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>No.</b>	<b>% (n = 240)</b>
<b>GRUPO DE EDADES</b>		
* 15 a 24 años	3	1.3
* 25 a 34 años	28	12.0
* 35 a 44 años	48	20.0
* 45 a 54 años	96	40.0
* 55 a 64 años	60	25.0
* 65 y más años	5	2.0
<b>SEXO</b>		
* Masculino	96	40.0
* Femenino	144	60.0
<b>RAZA</b>		
* Blanca	60	25.0
* Negra	72	30.0
* Mestiza	108	45.0
<b>OCUPACION</b>		
* Ama de casa	60	25.0
* Estudiante	18	7.5
* Trabajador	144	6.0
* Jubilado	18	7.5
<b>ESTADO CIVIL</b>		
* Soltero	18	7.5
* Casado	48	20.0
* Unión consensual	156	65.0
* Divorciado	18	7.5

**TABLA 2. FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS.**

FACTORES DE RIESGOS	SI		NO	
	No.	%	No.	%
- Hábito de fumar	28	11.6	212	88.4
- Grasa animal para preparación de alimentos	108	45.0	132	55.0
- Sedentarismo	144	60.0	96	40.0
- Ingestión frecuente de bebidas Alcohólicas	48	20.0	192	80.0
- Le gusta percibir sabor salado en las comidas	96	40.0	144	60.0

**TABLA 3. CONOCIMIENTOS SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL.**

CONOCIMIENTOS	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Conoce UD. qué es la hipertensión arterial	240	100	0	0
El tratamiento debe ser diario y permanente	144	60	96	40
HTA es un riesgo de padecer alguna enfermedad del corazón.	132	55	108	45
La tensión arterial alta siempre se acompaña de síntomas	48	20	192	80
Conoce los síntomas que aparecen cuando tiene la tensión arterial alta	240	100	-	-
La práctica de ejercicios físicos mantiene la tensión arterial normal	228	95	12	5
El uso diario de medicamentos es necesario para mantener la tensión arterial normal	28	11.6	212	88.4

**TABLA 4. COMPORTAMIENTO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGUN PERCEPCION DEL PACIENTE.**

<b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Familia funcional	108	45
Familia moderadamente funcional	120	50
Familia disfuncional	12	5
Familia severamente disfuncional	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>240</b>	<b>100</b>

**TABLA 5. COOPERACION FAMILIAR EN EL CUMPLIMIENTO DE ORIENTACIONES MEDICAS.**

<b>COOPERACION FAMILIAR</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Si	192	80
No	48	20
<b>TOTAL</b>	<b>240</b>	<b>100</b>