

Artículo original

Panorama epidemiológico del paciente con hipertensión arterial sistémica no controlada en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas

Epidemiological Outlook of the Patient with Uncontrolled Systemic Hypertension in a Family Medicine Unit in Reynosa, Tamaulipas

Panorama epidemiológico do paciente com hipertensão não controlada em uma unidade de medicina de família de Reynosa, Tamaulipas

José Antonio Román-Vargas,* Víctor Hugo Vázquez-Martínez,* Jesús Ill Loera-Morales,** Olga Nelly Cantú-Solís,*** Denisse Ayme Cervantes-Vázquez,* Ciro César Bernabé-Adame*

ATEN FAM 2016;23(1)

Palabras clave: hipertensión, medicina familiar, atención primaria

Key words: Hypertension, Family Medicine, Primary Care

Palavras chave: hipertensão, medicina de família, atenção primária

Recibido: 31/7/14
Aceptado: 16/1/15

*Médico familiar, unidad de medicina familiar (UMF) no. 33, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Reynosa, Tamaulipas, México. **Profesor titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS. ***Coordinadora de Educación e Investigación en Salud de la UMF no. 33, IMSS, Reynosa, Tamaulipas.

Correspondencia:
Denisse Cervantes Vázquez
denayme@gmail.com

Resumen

Objetivo: establecer el perfil epidemiológico de los pacientes hipertensos no controlados en la unidad de medicina familiar (UMF) no. 33, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Reynosa, Tamaulipas, México. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo tipo encuesta. Se entrevistó a 245 hipertensos y se les tomó la presión en dos ocasiones con intervalo de 15 minutos. **Resultados:** 58% de los participantes tenía descontrol de la tensión arterial; 86% sobrepeso y obesidad; hábito tabáquico, 7%; 87% seguía una dieta alta en sodio; y 53% de los pacientes era sedentario. Además, 70% de los pacientes tenía información sobre la gravedad de la enfermedad; 11% era miembro del grupo de autoayuda de sobrepeso, diabetes e hipertensión (Sodhi). La monoterapia prevaleció en el tratamiento de la hipertensión arterial de los pacientes con descontrol, en contraste con las terapias combinadas. **Conclusiones:** el inadecuado control de los pacientes es resultado de la escasa eficiencia en la atención médica. Es necesario que todos los pacientes sin control o que tengan un factor de riesgo que impida su buen control sean referidos a grupos de autoayuda.

Este artículo debe citarse: Román-Vargas JA, Vázquez-Martínez VH, Loera-Morales J, Cantú-Solís ON, Cervantes-Vázquez DA, Bernabé-Adame CC. Panorama epidemiológico del paciente con hipertensión arterial sistémica no controlada en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas. Aten Fam. 2016;23(1):14-18.

Summary

Objective: to establish the epidemiological profile of uncontrolled hypertensive patients attending the Family Medicine Unit (UMF) no. 33, of the Mexican Social Security Institute (IMSS), in Reynosa, Tamaulipas, Mexico. **Methods:** observational and descriptive study, as a survey. 245 hypertensive patients were interviewed; blood pressure was taken in two occasions with a 15 minute interval. **Results:** 58% of the participants had lack of control of blood pressure; 86% were overweight and obesity; smoking habit 7%. 87% followed a high sodium diet and 53% were sedentary. 70% had information about the seriousness of the disease; 11% was a member of a self-help group of overweight, diabetes and hypertension (Sodhi). Monotherapy prevailed in the treatment of uncontrolled hypertension patients, in contrast to combination therapies. **Conclusions:** the unsuitable control of patients is a result of low efficiency in health care. It is necessary that all patients without control or have a risk factor that would prevent his good control are referred to self-help groups.

Resumo

Objetivo: estabelecer o perfil epidemiológico de pacientes hipertensos não controlados na unidade de medicina familiar (UMF) não. 33, Instituto Mexicano de Segurança Social (IMSS), Reynosa, Tamaulipas, México. **Métodos:** estudo observacional, descritivo, com questionários. Foram realizadas 245 entrevistas com hipertensos auferindo a pressão arterial duas vezes, com um intervalo de 15 minutos entre as duas medidas. **Resultado:** 58% dos participantes tinham pressão arterial não controlada; 86% estavam com sobrepeso e obesida-

de; e 7% tabagismo, 87% seguiram uma dieta rica em sódio e 53% dos pacientes eram sedentários. 70% dos pacientes tinham informações sobre a gravidade da doença; 11% era membro de um grupo de apoio ao excesso de peso, diabetes e hipertensão (Sodhi). A monoterapia predominou como tratamento de hipertensão descontrolada, em contraste com as terapias de combinação. **Conclusões:** o controle inadequado de pacientes é resultado da baixa eficiência nos cuidados de saúde. É necessário que todos os pacientes sem controle ou que tenham um fator de risco que impeça o bom controle, sejam encaminhados a grupos de autoajuda.

Introducción

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un factor de riesgo para el desarrollo de dos de las principales causas de muerte en el mundo: enfermedades coronarias y evento vascular cerebral (EVC), estas últimas se presentan sobre todo en países en vías de desarrollo como en México;¹ 4.4% de las muertes en el mundo son atribuidas a la HAS, sin embargo, en la mayoría de los pacientes hipertensos prevalecen otros factores de riesgo que incrementan la mortalidad en más de 12%, entre estos se encuentran la obesidad, dislipidemias, sedentarismo y la baja ingesta de vegetales.^{2,3}

El porcentaje de individuos afectados varía entre las diferentes regiones del mundo; en África, por ejemplo, existe deficiencia en la detección y en el tratamiento, además, es muy bajo o inexistente el acceso a los servicios de salud. La prevalencia de la enfermedad y las complicaciones de la misma en Asia se han incrementado, alcanzando cifras que van desde 15 hasta 35%.^{4,5} Países como Canadá incrementaron, en una

década, la prevalencia de hipertensión en más de 10%.⁶ En México la prevalencia es de 43.2% y está asociada con obesidad abdominal, diabetes e hipercolesterolemia, lo que la convierte en un problema de salud pública,⁷ además, los individuos que no tienen hipertensión pero que poseen factores de riesgo metabólico están predispuestos a desarrollar enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión.⁸

Se calcula que para el año 2025 la HAS se incrementará 24% en los países desarrollados y a más de 80% en países en desarrollo como México, lo cual representa un reto para los servicios de salud en cuanto al diagnóstico y control de la enfermedad.⁹ La Norma Oficial Mexicana y la Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) clasifican a la enfermedad como: óptima, normal, normal alta, estadio 1, estadio 2 y estadio 3. El control de esta enfermedad es crucial para evitar las complicaciones. Un caso en control es un “paciente hipertenso bajo tratamiento que presenta de manera regular cifras de presión arterial <140/90 mmHg o con los parámetros que su condición requiere”.^{10,11} Sin embargo, *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (JNC7) la clasifica como normal, prehipertensión, estadio 1 y estadio 2. Esta última será utilizada en el presente trabajo.¹²

Un tercio de los pacientes que padecen hipertensión no lo sabe, alrededor de 67% conoce su padecimiento, sin embargo, menos de la mitad de estos tiene un control adecuado de la tensión arterial.¹³ El control de la HAS depende de varios factores, entre ellos: los hombres jóvenes con un grado escolar superior tienen mayor control de la tensión arterial.¹⁴⁻¹⁶

El control de la HAS es necesario ya que evitará las complicaciones de la enfermedad y la coexistencia con otras.¹⁷⁻²⁰ El costo económico del control inadecuado en pacientes hipertensos y con síndrome metabólico está considerado en 24 427 millones de euros y se calcula que se incrementa de 50 a 179% para el año 2020. La falta de apego al tratamiento antihipertensivo hace que el costo de la enfermedad en general sea más elevado, ya que se opta por discontinuar, cambiar o abandonar el tratamiento.^{21,22} El objetivo de este estudio es conocer el perfil epidemiológico del paciente hipertenso para identificar cuáles son las características de estos pacientes y así evitar el abandono, estimular el apego y disminuir las complicaciones, dando como resultado un descenso global de las repercusiones.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se tomó una muestra no probabilística de los derechohabientes mayores de 18 años con diagnóstico de HAS de la unidad de medicina familiar (UMF) no. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Ciudad Reynosa, Tamaulipas, México, que acudieron a consulta externa durante los meses de enero a mayo de 2010. Se les tomó la tensión arterial cinco minutos después de arribar a la unidad y nuevamente 15 minutos posteriores a la primera toma en el brazo contralateral. El tamaño de la muestra fue de 245 pacientes y la técnica de muestreo fue realizada mediante la fórmula de proporciones. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, derechohabientes del IMSS en la UMF no. 33 de Reynosa, Tamaulipas, con diagnóstico previo de HAS y que aceptaran

firmar el consentimiento informado; se excluyeron aquellos con dificultad para comunicarse oralmente.

Las variables estudiadas fueron hipertensión controlada, hipertensión no controlada, edad, género, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, escolaridad y dieta alta en sodio. Dichas variables fueron recolectadas por medio de un cuestionario. Se realizó una encuesta piloto a 10% del total de la muestra; estos individuos no fueron incluidos en los resultados finales. Los datos obtenidos fueron analizados en el paquete estadístico EPI-INFO 3.5.1 y graficados

por medio de Excel. Este estudio se llevó a cabo de acuerdo con los reglamentos institucionales en materia de investigación, de la Ley General de Salud y a la Declaración de Helsinki.

Resultados

De los pacientes con hipertensión arterial, 58% (142) no tenía control en las cifras tensionales, es decir se encontraba por arriba de 140/90 mmHg; 42% (103) de los participantes mantenía la presión arterial por debajo de 140/90 mmHg, lo que se considera dentro de los parámetros de control; 86% (210)

Tabla 1. Frecuencia de principales variables estudiadas

Variable	Frecuencia	Frecuencia acumulada	%	% acumulado
Control de TA:				
Si	103	103	42	42
No	142	245	58	100
Peso:				
Bajo peso	5	5	2	2
Normal	32	37	13	15
Sobrepeso	78	115	32	47
Obesidad grado I	76	191	31	78
Obesidad grado II	39	230	16	94
Obesidad grado III	15	245	6	100
Actividad física:				
Si	116	116	47.35	47.35
No	129	245	52.65	100
Alta ingesta de sal:				
Si	96	96	39	39
No	149	245	61	100
Acude a grupo Sodhi				
Si	27	27	11	11
No	218	245	89	100
Posee información sobre enfermedad:				
Si	172	172	70	70
No	73	245	30	100
Uso de diurético:				
Si	47	47	19	19
No	198	245	81	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos del estudio

pacientes) tenía sobrepeso y/o algún grado de obesidad, lo que se considera un factor de riesgo modificable; 47.35% (116 pacientes) realizaba algún tipo de actividad física, mientras que 52.65% (129) era sedentario; 6% (15 pacientes) poseía hábito tabáquico; 39% de la muestra presentó alta ingesta de sodio en la dieta.

Por otra parte, 70% (172 pacientes) mencionó que el médico de su consultorio le había informado sobre su enfermedad y las posibles complicaciones que podría sufrir como consecuencia de la HAS. El IMSS cuenta con los grupos de autoayuda de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión (Sodhi) para brindar educación a estos pacientes; sin embargo, solo 11% de los encuestados había acudido a dicho grupo de autoayuda; 81% (198) no contaba con prescripción de algún diurético; 6% (15) tenía prescrito diurético de asa, 29 pacientes (12%) un tiazídico y 1% (3 pacientes) fármacos ahorradores de potasio. Los medicamentos más utilizados fueron los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), beta bloqueadores, calcio antagonistas y antagonistas del receptor de la angiotensina (ARA II). Se observó que aquellos pacientes que utilizaban tres o más antihipertensivos poseían un mejor control de la tensión arterial que los que solo utilizaban dos o menos; cabe señalar que 78% (192 pacientes) tenía más de 50 años de edad (tabla 1).

Discusión

La HAS es un factor de riesgo para EVC y enfermedad coronaria, sin embargo, el control de esta patología es poco satisfactorio. En Latinoamérica se han encontrado prevalencias de descontrol de alrededor de 12% en Quito, Ecuador,

y hasta 41% en México.²³ En algunos países se ha disminuido el porcentaje de descontrol en más de 20%, esto nos indica que existen estrategias para reducir las cifras tensionales consideradas de riesgo.²⁴

En la UMF no. 33 de Reynosa, Tamaulipas, México, se encontró un porcentaje de descontrol de la tensión arterial de hasta 58% superior a lo reportado en Latinoamérica, y al porcentaje promedio de descontrol en otros estudios que es de 40%; esto se traduce en un deficiente control de la HAS aun considerando cifras tan altas como 40% de descontrol.

La obesidad afecta a una gran proporción de pacientes hipertensos y también se ha relacionado con un mayor porcentaje de descontrol. Los individuos con índice de masa corporal por arriba de lo normal reciben más medicamentos que aquellos con índices más bajos, no obstante, el control no es el adecuado.²⁵ En esta investigación se encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 86%, esta cifra es preocupante porque el porcentaje de afectación está por encima de lo reportado en la población general, lo cual podría ser una causa del alto descontrol de la tensión arterial en los pacientes hipertensos. Se requieren estrategias para disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en los pacientes que padecen esta enfermedad.

En otros países existen programas educativos y recomendaciones para el control de la hipertensión arterial sistémica,²⁶ dichos programas incluyen grupos de autoayuda como el Sodhi. En este estudio se encontró que solo 11% de los encuestados acudía al grupo que se encuentra operando dentro de la UMF no. 33. Estos grupos educativos

son cruciales para el buen control del hipertenso, es por ello que se requiere de una estrategia global para que todos los pacientes con HAS y que tengan algún factor de riesgo agregado puedan acudir a estas reuniones.

Referencias

1. Lopez AD, Mathers CD. Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002–2030. *Ann Trop Med Parasitol*. 2006;100:481–499.
2. Rodgers A, Ezzati M, Vander Hoorn S, Lopez AD, Lin RB, Murray CJ. Distribution of major health risks: findings from the Global Burden of Disease study. *PLoS Med*. 2004;1(1):e27.
3. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the inter-stroke study): a case-control study. *Lancet*. 2010;376:112–23.
4. Tibazarwa K, Ntyintyane L, Sliwa K, Gerntholtz T, Carrington M, Wilkinson D, et al. A time bomb of cardiovascular risk factors in South Africa: results from the Heart of Soweto Study Heart Awareness Days. *Int J Cardiol*. 2009;132:233–9.
5. Singh RB, Suh IL, Singh VP, Chaithiraphan S, Laothavorn P, Sy RG. Hypertension and stroke in Asia: prevalence, control and strategies in developing countries for prevention. *J Hum Hypertens*. 2000;14(10–11):749–63.
6. Robitaille C, Dai S, Waters C, Loukine L, Bancej C, Quach S, et al. Diagnosed hypertension in Canada: incidence, prevalence and associated mortality. *CMAJ*. 2011;184(1):e49–e56.
7. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernandez-Barrera L, et al. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Pública Mex*. 2010;52(sup I):S63–S71.
8. Rojas Martinez R, Aguilar-Salinas CA, Jimenez-Corona A, Gomez-Perez FJ, Barquera S, Lazcano-Ponce E. Prevalence of obesity and metabolic syndrome components in Mexican adult without type 2 diabetes or hypertension. *Salud Pública Méx*. 2012;54:7–12.
9. Kearny PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005;365(9455):217–23.
10. Norma Oficial Mexicana: NOM-030-SSA 2 1999. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

11. IMSS. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2010.
12. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003;42:1206-52.
13. Lindblad U, Ek J, Eckner J, Larsson CHA, Shan G, Rastam L. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension: Rule of thirds in the Skaraborg project. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2012;30(2):88-94.
14. Vijayaraghavan M, He G, Stoddard P, Schilling D. Blood pressure control, hypertension, awareness and treatment in adults with diabetes in the United States-Mexico border region. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(3):164-73.
15. Bersamin A, Stafford RS, Winkleby MA. Predictors of Hypertension Awareness, Treatment, and Control Among Mexican American women and Men. *J Gen Intern Med*. 2009;24(3):521-7.
16. Ng N, Carlberg B, Weinshall L, Norberg M. Trends of blood pressure levels and management in Västerbotten County, Sweden, during 1990-2010. *Glob Health Action*. [Internet] 2012;5. Disponible en: doi: 10.3402/gha.v5i0.18195
17. Zhang M, Meng Y, Yang Y, Liu Y, Dong C, Xiao J, et al. Major inducing factors of hypertensive complications and the interventions required to reduce their prevalence: an epidemiological study of hypertension in a rural population in China. *BMC Public Health*. 2011;11:301.
18. Roumie CL, Ofner S, Ross JS, Arling G, Williams LS, Ordin DL, et al. Prevalence of inadequate blood pressure control among veterans after acute ischemic stroke hospitalization: a retrospective cohort. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2011;4(4):399-407.
19. Chew BH, Mastura I, Shariff-Ghazali S, Lee PY, Cheong At, Ahmad Z, et al. Determinants of uncontrolled hypertension in adult type 2 diabetes mellitus: an analysis of the Malaysian diabetes registry 2009. *Cardiovasc Diabetol*. [Internet] 2012;11:54. Disponible en: doi: 10.1186/1475-2840-11-54
20. Thoenes M, Bramlage P, Zhong S, Shang S, Volpe M, Spirk D. Hypertension control and cardiometabolic risk: A Regional Perspective. *Cardiol Res Pract*. [Internet] 2012. Disponible en: doi: 10.1155/2012/925046
21. Scholze J, Alegria E, Ferri C, et al. Epidemiological and economic burden of metabolic syndrome and its consequences in patients with hypertension in Germany, Spain and Italy; a prevalence-based model. *BMC Public Health*. 2010;10:529.
22. Bramlage P, Hasford J. Blood pressure reduction, persistence and costs in the evaluation of antihypertensive drug treatment- a review. *Cardiovasc Diabetol*. [Internet] 2009;8:18. Disponible en: doi: 10.1186/1475-2840-8-18
23. Hernandez-Hernandez R, Silva H, Velasco M, Pellegrini F, Macchia A, Escobedo J, et al. Hypertension in seven Latin American cities: the Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America (CARMELA) study. *J Hypertens*. 2010;28(1):24-34.
24. Guessous I, Bochud M, Theler JM, Gaspoz JM, Pechere-Bertschi A. 1999-2009 Trends in Prevalence, Unawareness, Treatment and Control of Hypertension in Geneva, Switzerland. *PLoS One*. [Internet] 2012;7(6):e39877. Disponible en: doi: 10.1371/journal.pone.0039877
25. Czernichow S, Castetbon K, Salanave B, Vernay M, Barry Y, Batty GD, et al. Determinants of blood pressure treatment and control in obese people: evidence from the general population. *J Hypertens*. 2012;30(12):2338-44.
26. On behalf of the Canadian Hypertension Education Program 2011 Canadian Hypertension Education Program recommendations an annual update. *Canadian Family Physician*. 2011;57(12):1393-7.