

**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
“MARTA ABREU”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**COMPORTAMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA DE PACIENTES
HIPERTENSOS EN UN CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA**

Por:

Dr. Ulises Jiménez Ortega¹, Dra. Lourdes M. Jaime Valdés², Dr. Carlos Javier Moya Moya³,
Dr. Luis E. Pérez Guerra⁴, Dra. Blanca R. del Río de la Paz⁵ y Dra. Marta Alonso Cofiño⁶

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Universitario “Marta Abreu”. Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Psicología de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Vicedecanato de Posgrado. Asistente. ISCM-VC. e-mail: lourdesj@capiro.vcl.sld.cu
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Universitario “Marta Abreu” Instructor. ISCM-VC. e-mail: carlosj@medscape.com
4. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Policlínico Universitario “Marta Abreu”. Instructor. ISCM-VC. e-mail: luisenri@medsape.com
5. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. ISCM-VC. Departamento de MGI. Asistente. ISCM-VC. e-mail: integral@capiro.vcl.sld.cu
6. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, con el objetivo de valorar el comportamiento de los estilos de vida en pacientes hipertensos leves y moderados del Consultorio Médico de Familia 131-5 del Policlínico “Marta Abreu”, desde noviembre de 2003 hasta septiembre de 2005. Se seleccionaron al azar 50 pacientes, a los que se les aplicó una encuesta que contempló diversas variables: presencia de estrés, hábitos tóxicos, dieta, práctica de ejercicios físicos y cumplimiento del tratamiento medicamentoso, así como el índice de masa corporal, según grupo de edades. Se presentó el estrés con mayor frecuencia en el nivel ocupacional administrativo; los hábitos tóxicos más referidos fueron la ingestión de café, el hábito de fumar y el consumo de alcohol. Existió un excesivo consumo de sal y grasa animal; la mayoría de los pacientes no realizan ejercicios físicos, y a medida que aumenta la edad, lo hace también el índice de masa corporal y se cumple mejor el tratamiento medicamentoso.

Descriptor DeCS:
ESTILO DE VIDA
HIPERTENSION

Subject headings:
LIFE STYLE
HYPERTENSION

:

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todo el mundo; representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para padecer otras, como: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal, y contribuye significativamente a la retinopatía^{1,2}. Hace aproximadamente cien años, Rivas Rocci realizó por primera vez la medición de la presión arterial mediante su esfigmomanómetro³. A partir de ese momento, muchos investigadores han dedicado sus esfuerzos y conocimientos al estudio de este padecimiento. En 1905, el médico ruso Korotkoff, describió magistralmente la técnica auscultatoria para medir la presión arterial diastólica y sistólica⁴. Se estima que afecta alrededor de 720 millones de personas en el mundo, y se espera que continúe en incremento debido al continuo envejecimiento poblacional^{5,6}. En nuestro país la padecen del 15 % al 30 % de la población, y sus complicaciones se hallan entre las primeras causas de muerte desde 1970^{6,7}. Su origen se desconoce en un 95 % de los casos; el resto, la causan los trastornos renales y endocrinos, como el síndrome de Cushing, el feocromocitoma, la toxemia del embarazo y otras^{8,9}. Sin control, evoluciona hacia estadios en que se manifiesta su repercusión sobre órganos y sistemas, como el cardiovascular y el renal, que se expresan por disfunciones e hipertrofia ventricular, insuficiencia cardíaca, accidentes vasculares encefálicos, retinopatías e insuficiencia renal^{5,6,9-11}. Desde 1975, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la enfermedad cardiovascular de mayor morbilidad en la población adulta es la hipertensión arterial, la cual tiene un gran interés clínico, epidemiológico y social por sus grandes efectos sobre la salud. Al avanzar la edad y sumarse además otros factores de riesgo, el hipertenso puede sufrir no solo complicaciones cardiovasculares, sino también renales, cerebrales o de arterias periféricas, que podrían haberse evitado, y aumentar así el promedio de vida y la calidad de la misma, por lo que el diagnóstico de la hipertensión arterial en edades tempranas, y su adecuado tratamiento y seguimiento, constituyen los pilares fundamentales en los que se sustenta la disminución de la morbilidad y mortalidad en las décadas más avanzadas de la vida. Las directrices internacionales para atender al paciente hipertenso enfatizan en la necesidad del tratamiento no farmacológico, para facilitar la respuesta favorable a las drogas antihipertensivas; sin embargo, a escala mundial existe dificultad para lograr cambios en los estilos de vida, ya que el hombre tiene tendencia a arraigarse a sus hábitos y costumbres¹². En la provincia de Villa Clara, se encuentran dispensarizados por este problema de salud 142 220 pacientes, y en el municipio de Santa Clara 51 633. En el Policlínico Universitario "Marta Abreu" existe un alto índice de enfermedades crónicas no transmisibles y específicamente de HTA, con una prevalencia de 7163 pacientes hipertensos, una incidencia de 54 y tasas de 31,1 % en el área de salud. En el análisis de la situación de salud de esta comunidad, se identificaron los estilos de vida no sanos, como principal problema de salud que afecta al área. Dada la asociación de los diferentes factores de riesgo y estilos de vida no sanos con las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños, decidimos realizar este trabajo, teniendo en cuenta la alta incidencia de la hipertensión arterial en el área, y motivados por todo lo anterior, nos propusimos valorar el comportamiento de los estilos de vida presentes en una muestra de los pacientes hipertensos del Consultorio Médico de Familia 131-5.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo, con el objetivo de valorar el comportamiento de los estilos de vida presentes en pacientes hipertensos leves: estadio 1 (140-159 / 90-99) y moderados: estadio 2 (160-179 / 100-109) del Consultorio Médico de la Familia 131-5 perteneciente al Policlínico Universitario "Marta Abreu" en el municipio de Santa Clara, Villa Clara, en el período comprendido entre noviembre de 2003 a septiembre de 2005. Nuestro universo de trabajo lo constituyeron los 154 pacientes hipertensos en los estadios 1 y 2 que se encuentran dispensarizados en dicho consultorio. Se tomaron como muestra 50 pacientes seleccionados al azar por medio de un muestreo aleatorio, a los cuales se les aplicó una encuesta (Anexo 1) con previa aplicación del consentimiento informado (Anexo 2) donde se recogen datos como: edad, sexo, ocupación, escolaridad, si se encuentra sometido a algún tipo de presión

:

laboral u otra causa que le ocasione estrés, los hábitos tóxicos que presenta, la dieta que realiza, si practica ejercicios físicos, así como el cumplimiento de los medicamentos indicados para su enfermedad. Todo ello con vistas a relacionar el nivel ocupacional de los pacientes hipertensos, la presencia o no de estrés, y a identificar los hábitos tóxicos; se valoró la influencia de las dietas inadecuadas, la práctica de ejercicios físicos, así como el cumplimiento del tratamiento medicamentoso, y se determinó el índice de masa corporal en los pacientes hipertensos, según peso-talla. Para determinar el tamaño óptimo de la muestra, se utilizaron dos fórmulas: la No. 1 para calcular una población infinita, donde se escogió para el nivel significativo 0,05, que es la probabilidad de cometer un error Tipo II, y una fórmula No. 2 para el cálculo de una muestra finita; se determinó que la muestra resultante representa un 32,4 % de la población total de los hipertensos del Consultorio Médico de la Familia 131-5. Además, según el procesamiento estadístico se demuestra que se trabaja con un error máximo permisible del 12% donde $e = 12\%$ ¹³.

Fórmulas 1 y 2:

$$n_0 = \frac{z_{0,05}^2 s^2}{e^2} \quad n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Resultados

En la tabla 1, al relacionar el nivel ocupacional con la presencia de estrés, este se observó con mayor frecuencia en el grupo de los administrativos (32%), seguido del grupo de estudiantes (16%); estos valores fueron muy significativos. Se halló que los hipertensos que están trabajando o tienen alguna responsabilidad presentan un por ciento mayor de estrés con respecto a las amas de casa, los jubilados y los desocupados.

Tabla 1 Relación del nivel ocupacional con la presencia de estrés.

Nivel ocupacional	Presencia de estrés				Total	
	Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Administrativo	16	32,0	2	4,0	18	36,0
Obrero	5	10,0	4	8,0	9	18,0
Estudiante	8	16,0	4	8,0	12	24,0
Ama de casa	3	6,0	1	2,0	4	8,0
Jubilado-desocupado	3	6,0	4	8,0	7	14,0
TOTAL	35	70,0	15	30,0	50	100,0

Fuente: Encuesta.

En la tabla 2, se muestra que la mayoría de los pacientes hipertensos refirieron hábitos tóxicos, en mayor porcentaje la ingestión de café (84 %), seguido del hábito de fumar (74 %) y la ingestión de alcohol (58 %). Es de señalar que estos hábitos son repetitivos en la mayoría de los pacientes, y hubo menor frecuencia del consumo de drogas (4 %); estos resultados fueron muy significativos.

:

Tabla 2 Presencia de hábitos tóxicos en los pacientes hipertensos.

Hábitos tóxicos	Pacientes hipertensos				Total
	Sí		No		
	No.	%	No.	%	No.
Ingestión de café	42	84,0	8	16,0	50
Hábito de fumar	37	74,0	13	26,0	50
Ingestión de alcohol	29	58,0	21	42,0	50
Consumo de drogas	2	4,0	48	96,0	50

Fuente: Encuesta.

En la tabla 3, al analizar la influencia de las dietas en los pacientes con hipertensión arterial, se observó que la mayoría consumía sal de forma excesiva (72 %) y grasa animal (70 %); se halló menor frecuencia en la ingestión de grasa vegetal (30 %) y vegetales (20 %) más de cinco veces por semana; estas dietas fueron repetitivas en los pacientes y demostraron valores altamente significativos. Cuando investigamos el cumplimiento del tratamiento medicamentoso de los pacientes hipertensos por grupos de edades, se encontró que a medida que la edad avanza existe un mayor por ciento que lo cumple adecuadamente; existió un mayor cumplimiento del tratamiento en el grupo de 49-58 años y en los pacientes de 59 años y más, los cuales representaron 20 % y 22 %, respectivamente. Con menos disciplina para realizarlo, se encuentran los grupos de menor edad, con diferencias significativas entre ellos (tabla 4).

Tabla 3 Influencia de las dietas en los pacientes con hipertensión arterial.

Dietas	Pacientes hipertensos				Total
	Sí		No		
	No.	%	No.	%	No.
Ingestión excesiva de sal	36	72,0	14	28,0	50
Ingestión excesiva de grasa animal	35	70,0	15	30,0	50
Ingestión de grasa vegetal	15	30,0	35	70,0	50
Ingestión de vegetales y verduras más de cinco veces por semana	10	20,0	40	80,0	50

Fuente: Encuesta.

Tabla 4 Cumplimiento del tratamiento medicamentoso de los pacientes con hipertensión arterial por grupos de edades.

Grupos de edades	Cumplimiento del tratamiento medicamentoso				Total	
	Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
18-28	1	2,0	2	4,0	3	6,0
29-38	2	4,0	3	6,0	5	10,0
39-48	6	12,0	5	10,0	11	22,0
49-58	10	20,0	4	8,0	14	28,0
59 y más	11	22,0	6	12,0	17	34,0
TOTAL	30	60	20	40	50	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla 5 se observó un incremento del índice de masa corporal en los pacientes hipertensos en relación con el aumento de la edad; se refleja un índice de masa corporal de 25,0-29,9 en 23 pacientes (46 %), con mayor frecuencia en los grupos etarios de 49-58 años y 59 y más, con un 12 % y 14 % respectivamente; en estos mismos grupos de edades le sigue el índice de 30,0-39,9 con 16 pacientes (32 %), y se observa además un índice de masa corporal de más de 40,0 en los pacientes de 59 años y más (4%), por lo que podemos concluir que en este último grupo, 16 de los

:

pacientes estudiados presentaron un aumento del índice de masa corporal, y se determinó la relación que existe entre la edad y el incremento de ese índice.

Tabla 5 Índice de masa corporal de los pacientes hipertensos según talla y peso determinado por grupo de edades.

Grupo de edades	Índice de masa corporal								Total	
	20,0-24,9		25,0-29,9		30,0-39,9		más de 40,0			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18-28	1	2,0	2	4,0	0	0,0	0	0,0	3	6,0
29-38	1	2,0	3	6,0	1	2,0	0	0,0	5	10,0
39-48	4	8,0	5	10,0	2	4,0	0	0,0	11	22,0
49-58	2	4,0	6	12,0	6	12,0	0	0,0	14	28,0
59 y más	1	2,0	7	14,0	7	14,0	2	4,0	17	34,0
TOTAL	9	18,0	23	46,0	16	32,0	2	4,0	50	100

Fuente: Encuesta.

Discusión

Álvarez Miranda, en su estudio, refleja un predominio de jubilados y amas de casas, lo que no coincide con nuestros resultados. Además, no utiliza la categoría de desocupados, y la de dirigentes y administrativos fueron las menos representadas¹⁴. En otro estudio¹⁵, se observa que el mayor por ciento de hipertensos son trabajadores y personas que de alguna manera han sufrido estrés, lo cual coincide con nuestros resultados. Algunos autores^{16,17} refieren un predominio de hábitos tóxicos en los pacientes hipertensos, en particular el tabaquismo y la ingestión de bebidas alcohólicas, resultados similares a los de nuestro estudio. Estos autores señalan un predominio de estos hábitos en los pacientes mayores de 45 años. En investigaciones realizadas a poblaciones que han tenido una baja ingestión de sal (inferior a 3 g por día), no se observa aumento alguno de la presión arterial; por otra parte, la restricción moderada y drástica en pacientes hipertensos es eficaz. Un aspecto interesante es la sensibilidad individual de tipo genético al sodio, y así se ha visto, tanto en animales como en el hombre, que la reducción de la ingesta de sal afecta cuantitativamente de modo distinto a los individuos¹⁸. Algunos autores coinciden con nuestros resultados al relacionar el sedentarismo y la obesidad con el aumento de la tensión arterial, y se plantea en sus estudios una tendencia a aumentar estos parámetros a partir de los 25 años, sobre todo en los países desarrollados. Aunque nuestro país está en vías de desarrollo, los resultados son similares a los de los países desarrollados, más aún si tenemos en cuenta que gran parte de la población pertenece a la tercera edad¹⁹. La valoración y evaluación del tratamiento farmacológico ha sido motivo de estudios de Casas Gross²⁰, por lo controversial que resulta la eficacia de los medicamentos, fundamentalmente, en la elección individualizada según la condición de cada paciente. Los análisis realizados con relación al tratamiento farmacológico han tenido como objetivo orientar políticas de atención al hipertenso para disminuir la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad, y en los últimos tiempos se han tenido en cuenta las nuevas teorías implicadas en la patogenia de la misma, y se ha estudiado, incluso, la importancia de los antioxidantes.

:

Summary

A descriptive study to assess the lifestyle behavior in mild and moderate hypertensive patients from the 131-5 Family Doctor's office belonging to the "Marta Abreu" polyclinic was carried out. The study lasted from November 2003 to September 2005. Fifty patients were randomly selected and a survey was applied to them. It included the following variables: stress, toxic habits, diet, physical exercises, and compliance with the drug treatment. The body mass index according to the age group was also considered. Stress was found to be more frequent in the administrative jobs. The most common toxic habits were drinking coffee, smoking, and alcohol consumption. There was an excessive consumption of salt and animal fat. Most of the patients did not exercise. As the patients grow older, there is an increase in body mass and a better compliance with the drug treatment.

Referencias bibliográficas

1. Pérez González R, Córdova Vargas L, Santín Peña M, Lardrove Rodríguez O, Macías Castro I. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999;15(1):46-87.
2. Martín Zurro A, Cano JF. Atención primaria, concepto, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
3. Organización Panamericana de la Salud. Programa de enfermedades no transmisibles. Washington: OPS; 1997.
4. Van Jaarsveld BC, Krinjner P, Pieterman H, Derx FH, Deinum J, Postma CT, et al. The effect of balloon angioplasty on hypertension in atherosclerotic renal artery stenosis. *N Engl J Med.* 2000 Apr;342(14):1042-3.
5. Chobanian Aram L, Barkris George R, Black HC, Cushman WA, Green LL, Izzo J, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evolution, and treatment of high blood pressure. *JAMA.* May 21 2003;289:2534-3573.
6. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de hipertensión arterial. La Habana: Ciencia Médicas; 1999.
7. Castellanos Arias J, La Rosa Negrín R, Méndez Cubero O. Prevalencia de la hipertensión arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000;16(2):38-43.
8. Woodward Smith T. Enfermedades cardiovasculares: estudio del paciente con enfermedades cardiovasculares. En: Bennett JC, Plum F. Cecil tratado de medicina interna vol.1. 20^{ma} ed. México: Mc Graw-Hill interamericana; 1998. p. 296-99.
9. Catañer Herrera JF, Céspedes Lantigua A. La hipertensión arterial. En: Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral vol.2. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 517-41.
10. Ddumoy Senado JL. Los factores de riesgo en el proceso salud enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999;15(4):453-60.
11. Roca Goderich R. Hipertensión arterial. En: Temas de medicina interna vol.1. 3^{ra} ed. La Habana: Pueblo y Educación; 1986. p. 215-36.
12. Guidelines Subcommittee WHO. World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. *World Health Organ.* 1999;17:151-83.
13. Silva Ayzaguer LC. Las técnicas muestrales y su aplicación en la investigación higiénico social. La Habana; 1983.
14. Álvarez Miranda L, Pozo Medero E, Valle Hernández M, Peinado Moreno M. Control del paciente hipertenso. Influencia del personal de enfermería. Área de salud "Pedro Borrás". *Rev Cubana Enferm.* 2000;16(1):56-61.
15. González Villalpondo C. Prevalence and detection of hypertension in México. *Arch Med Rev.* 1994;25(3):347-53.
16. Fielding JE. Health promotion and disease prevention at the workmate. *Ann Rev Publ Health.* 2004;5:237-65.

:

17. Natali A, Vichi S, Landi P, Taschi E, Severi S, Labbate A. Coronary artery disease and arterial hypertension: clinical, angiographic and follow-up data. *J Intern Med.* 2003;247:219-30.
18. Sacks FM, Suetkey LP, Vollmer WM. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med.* 2001;344:3-10.
19. Robles N, Velasco J, Jiménez Pérez J, Alonso F, Blanco J, Masot J, et al. Hemodynamic significance of high pulse pressure in young men. *Clin Exp Hypertens.* 2004;26(3):199-207.
20. Casas Cross S, Gross Fernández M, Malo de Molina RR, Álvarez González RM, Sánchez Guillaume J. Prescripción de medicamentos antihipertensivos. *MEDISAN.* 2002;6(2):18-22.

:

Anexo 1 Encuesta

1- Datos generales

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

2- Ocupación

Administrativo: _____

Obrero: _____

Estudiante: _____

Ama de casa: _____

Jubilado: _____

Desocupado: _____

3- ¿Se siente Ud. sometido a algún tipo de presión?

Laboral: _____ Educacional: _____ Familiar: _____

Social: _____

4-¿Usted fuma? Sí: _____ No: _____ ¿Cuántos cigarrillos al día?: _____

5-¿Consume bebidas alcohólicas? Sí: _____ No: _____

6- ¿Toma café? Sí: _____ No: _____

Una tasa al día: _____ Dos tasas al día: _____ Tres tasas al día: _____

Más de tres tasas: _____

7- ¿Consume drogas? Sí: _____ No: _____

8- Dieta que realiza:

Sin sal: _____ Baja de sal: _____ Excesiva en sal: _____

Una cucharadita o más de sal al día: _____

Grasa

(Tipo) Animal: _____ Vegetal: _____

(Cantidad) Sin grasa: _____ Baja de grasa: _____

Excesiva en grasa: _____

Consume verduras y

vegetales más de 5 Sí: _____ No: _____

veces por semana

10- ¿Practica ejercicio físico? Sí: _____ No: _____

Monta bicicleta: _____

Corre: _____

Trota: _____

Caminata: _____

Círculo de abuelos: _____

Área terapéutica: _____

:

11-¿Cumple Ud. el tratamiento medicamentoso para su enfermedad?

Sí: _____

No: _____

¿Cuál o cuáles medicamentos consume?: _____

12- Evaluación nutricional: Peso: _____ Talla: _____

:

Anexo 2 Consentimiento informado

Yo _____ estoy de total acuerdo en realizar todos los formularios y encuestas con el 100% de veracidad, de forma voluntaria.
Estoy consciente que todos los datos que aportaré serán usados con fines científicos.
Para que así conste, por mi libre voluntad firmo la presente el día _____ del mes _____ del año _____

Firma del paciente

Firma del médico