

**CENTRO PROVINCIAL DE HIGIENE, EPIDEMIOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**ALGUNOS ELEMENTOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN SANTA CLARA.**

Por:

Dr. Justo Rodríguez López¹, Dra. Patricia Guevara Ferrer² y Dra. Barbarita Rodríguez González³

1. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología, y en Medicina General Integral.
2. Especialista de I Grado en Higiene Escolar. Profesora Auxiliar. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología.

Resumen

Se realizó una investigación epidemiológica descriptiva para caracterizar algunos elementos relacionados con el diagnóstico de la hipertensión arterial en el municipio de Santa Clara, en el año 2002. La muestra estuvo integrada por 370 enfermos; se escogieron 10 por consultorio, pertenecientes a todas las áreas de salud del municipio; asimismo, se evaluaron los conocimientos que sobre hipertensión arterial tenían los médicos de la familia de los consultorios seleccionados. Se identificó la disponibilidad de recursos humanos y materiales, y se revisaron las historias clínicas de los pacientes seleccionados. Se halló que el 100 % de los consultorios poseen los recursos humanos necesarios, no sucedió así con los recursos materiales; se encontraron deficiencias en la competencia de los médicos entrevistados, así como en el diagnóstico del paciente hipertenso, ya que al 58,9 % no se le realiza ningún complementario, 87,3 % fue clasificado incorrectamente, 61,6 % no fue investigado para determinar la presencia de lesión en órganos diana y al 52,7 % no se le identificaron factores de riesgo. Analizando los resultados, sugerimos desarrollar una estrategia de intervención que contemple estos aspectos.

Descriptor DeCS:

HIPERTENSION/diagnóstico
FACTORES DE RIESGO
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Subject headings:

HYPERTENSION/diagnosis
RISK FACTORS
PRIMARY HEALTH CARE

Introducción

La hipertensión, como problema de salud mundial, es la desviación más frecuente en el individuo y las poblaciones; representa por sí misma una enfermedad y un factor de riesgo importante, ya que constituye una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad por el efecto directo que ejerce sobre el surgimiento y desarrollo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares de mayor letalidad¹⁻⁵. En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre 15-30 %⁶, produce 7,2 millones de muertes por enfermedades coronarias y 4,6 por enfermedad vascular encefálica¹, se relaciona con el 25 % de la mortalidad total y con el 40 % de la cardiovascular. En nuestro país, la prevalencia estimada oscila entre 15 y 32 %, muchos de los cuales desarrollan algunas complicaciones cardiovasculares y enfermedades cerebrovasculares⁷⁻⁹.

En Villa Clara se asocia al 34,9 % de la mortalidad general y al 46 % por infarto agudo del miocardio (IMA).

Santa Clara tiene una prevalencia de 29,33 % y se asocia al 27,9 % de la mortalidad cerebrovascular, al 10,5 % de la mortalidad por IMA y al 9,1 % de otras muertes por enfermedades del corazón.

Por todo lo anterior, y porque Santa Clara tiene la mayor prevalencia de esta enfermedad en Villa Clara y en el decenio último, la enfermedad cardiovascular fue la primera causa de muerte y la cerebrovascular la tercera, por lo que al conocer su elevada asociación con esta enfermedad y la elevada discapacidad que provocan estas complicaciones, decidimos describir algunos elementos relacionados con el diagnóstico de la hipertensión arterial en el municipio de Santa Clara en el año 2002.

Métodos

Se realizó una investigación epidemiológica descriptiva para caracterizar algunos elementos relacionados con el diagnóstico de la hipertensión arterial en el municipio de Santa Clara, en el año 2002.

Se definió como universo toda la población mayor de 15 años que padece de hipertensión arterial en el municipio Santa Clara; fue excluida del estudio la población menor y la mayor de 15 años no dispensarizada por esta enfermedad.

La muestra estuvo integrada por 370 pacientes escogidos por muestreo de diseño complejo, y se utilizó el aleatorio estratificado en primera fase; se definen como estratos las áreas de salud de Santa Clara, y el simple aleatorio se utilizó para la selección de consultorios médicos de familia (CMF); de cada uno de ellos fueron escogidos 10 enfermos, en los que se empleó este mismo tipo de muestreo.

Mediante examen de competencia se evaluaron los conocimientos que sobre hipertensión arterial tenían los médicos de los consultorios seleccionados en la muestra; se identificó la disponibilidad de recursos humanos y materiales en esos consultorios, necesarios para el diagnóstico de la hipertensión arterial, y se revisaron las historias clínicas

Resultados

La disponibilidad de recursos humanos en los 37 consultorios revisados fue de 100 %, tanto para el personal médico como para el de enfermería. En 45,9 % de los consultorios, el equipo básico de trabajo lo formaba un médico especialista en Medicina General Integral y un técnico medio en enfermería.

En general, el personal médico de estos consultorios posee un nivel mayor que el de enfermería, ya que entre los primeros, 59,5 % corresponde a especialistas graduados, mientras que del personal de enfermería, sólo 24,3 % son licenciados.

En 5,5 % de los CMF de la muestra, no existe disponibilidad del recurso material indispensable para realizar un adecuado diagnóstico de la hipertensión arterial, pues no hay esfigmomanómetro y en 2,7 % no existe estetoscopio.

La falta de otros equipos médicos, como la balanza y el tallímetro en algunos consultorios, impide calcular el índice de masa corporal como indicador de obesidad, factor de riesgo a tener en cuenta en el control de la hipertensión arterial; en 75,7 % de los consultorios del médico de la familia no está disponible el oftalmoscopio.

Considerando de forma integral los resultados obtenidos en el examen de competencia, se puede afirmar que existen deficiencias importantes en el conocimiento de los médicos sobre todos los aspectos evaluados del programa nacional de prevención, diagnóstico, control y evaluación de la hipertensión arterial; las dificultades fundamentales se presentaron en el conocimiento de los requisitos para medir la tensión arterial, el dominio de la clasificación y el conocimiento de los objetivos para evaluar al paciente hipertenso.

Se determinó, de acuerdo con el conocimiento de los diferentes aspectos del examen de competencia de los médicos de familia, que no existen médicos competentes respecto a este programa, pues 48,6 % de ellos es medianamente competente y 51,4 %, no competente (tabla 1).

Tabla 1 Competencia en hipertensión arterial de los médicos de familia.

Médicos	Competencia				Total
	Medianamente competentes		No competentes		
	No.	%	No	%	
Especialistas	12	54,5	10	45,5	22
Residentes de tercer año	2	28,6	5	71,4	7
Residentes de segundo año	1	33,3	2	66,7	3
Residentes de primer año	1	33,3	2	66,7	3
Familiarización	2	100,0	0	0,0	2
TOTAL	18	48,6	19	51,4	37

Fuente: Examen de competencia.

En nuestro estudio pudimos comprobar que a la mayoría de los pacientes no se les realizan los exámenes complementarios sistemáticos, y se detectó que algunos –de vital importancia para la determinación de factores de riesgo asociados y daño en órganos diana– como: electrocardiograma (EKG), potasio sérico, creatinina, lípidos de alta densidad (HDL), glicemia, colesterol y fondo de ojo ,se dejan de realizar en 77,3 %, 97,3 %, 80,0 %, 90,3 %, 67,0 %, 63,2 % y 80 % de los pacientes, respectivamente.

Al analizar la realización de estos exámenes complementarios para el diagnóstico de la hipertensión arterial, es necesario resaltar que al 58,9 % de los pacientes no se les indica ninguno de los que son necesarios para la valoración integral de los mismos (Fig 1).

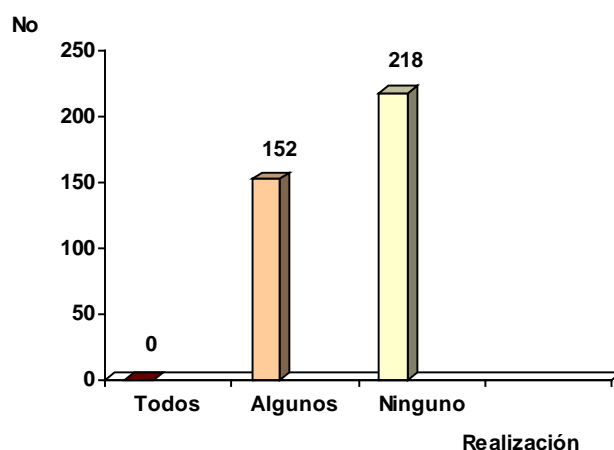


Fig 1 Realización de exámenes complementarios para el diagnóstico de hipertensión arterial.

Se demostró el predominio de una incorrecta aplicación de la clasificación, la cual abarcó 87,3 % de las historias clínicas observadas. Esta deficiencia quedó determinada por la consideración de una sola de las dos clasificaciones necesarias, o cuando las dos dejaron de usarse; en nuestra investigación, de las 323 incorrectas, 4,9 % se clasificó por su causa, 34,4 % por impacto sobre el riesgo y en 60,7 % de estos pacientes no se utilizó ninguna de las dos clasificaciones.

En nuestro estudio, 61,6 % de los pacientes no fue investigado para determinar si había presencia de lesiones en órganos diana, en 24,1% se detectó la presencia de lesión y 14,3 % fue investigado, pero no tenían lesión alguna (Fig 2).

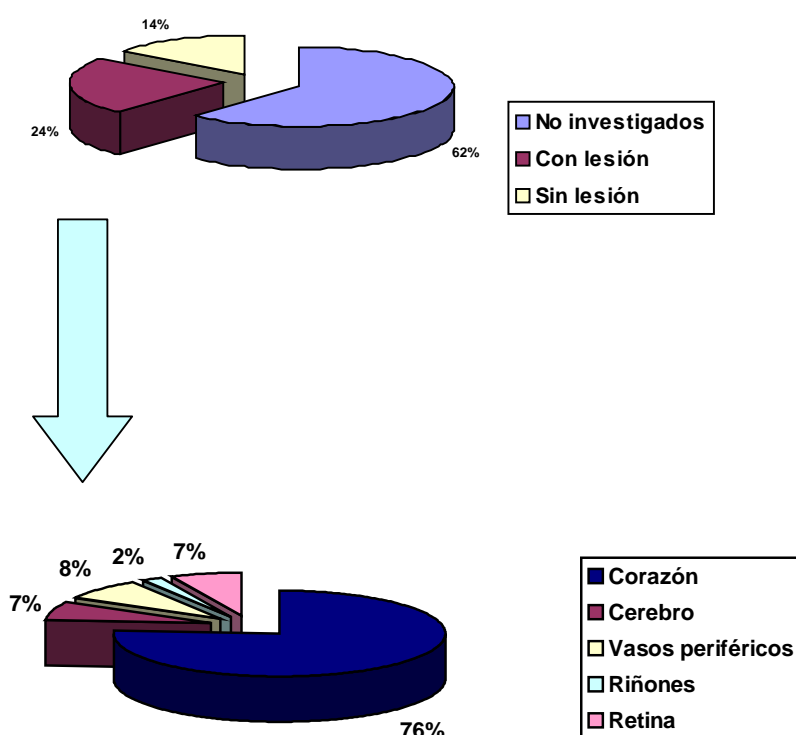


Fig 2 Investigación de lesiones en órganos diana.

En la presente investigación, en los pacientes estudiados, el órgano que mayormente se afectó fue el corazón (85,4 %).

Sólo al 3,5 % de los pacientes se les investigaron e identificaron todos los factores de riesgo y al 52,7 % de ellos no se les identificó ninguno (Fig 3); correspondió al 43,8 % de la muestra de historias clínicas una identificación parcial de su existencia, ya que no se analizan en su totalidad.

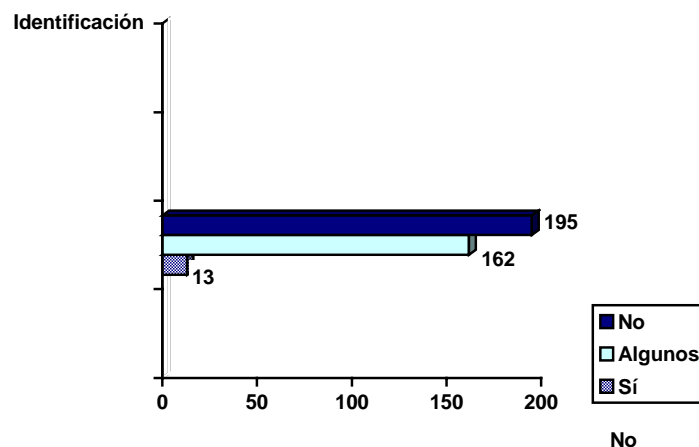


Fig 3 Identificación de factores de riesgo.

Discusión

El grado de cobertura y de colaboración del personal médico y de enfermería es el óptimo estipulado para nuestro sistema de salud, que plantea un 100 % de completamiento¹⁰.

Estos resultados coinciden con los encontrados por Dieste¹¹ en su estudio, donde el mayor por ciento eran especialistas de Medicina General Integral (74,2 %).

La cobertura de estos equipos médicos en la atención primaria debe ser del 100 %, según diferentes autores consultados^{1,5,12}.

Cuando consideramos la competencia, nuestros resultados son compatibles con el pobre conocimiento sobre aspectos similares encontrados en la evaluación de la competencia a médicos en otros estudios realizados¹².

También Dieste, en su estudio en Ciudad de La Habana, encontró que la competencia de los médicos fue pobre; este tipo de examen fue aplicado a los médicos de la provincia de Santiago de Cuba¹³ y aprobó sólo 76,2 %. Se encontró, como principal problema identificado, que el personal no conoce los requisitos para la toma de la presión arterial en la población adulta, similar a lo hallado en nuestro estudio.

Otros estudios consultados encuentran una pobre competencia sobre hipertensión arterial por parte de los médicos de familia¹¹, al igual que en nuestros resultados.

Al analizar la realización de los exámenes complementarios, en otras investigaciones, como la de Díaz Gómez (en prensa) en la evaluación del Programa de hipertensión arterial en la Atención Primaria de Salud de Santa Clara, de 1998-2001, se encontraron resultados muy deficientes, lo que coincide con los hallados por nosotros en el presente trabajo; asimismo, Jaddou, en su estudio, encontró que la atención al paciente en este sentido no era buena¹⁴.

En otras investigaciones realizadas se sugiere que en todo enfermo hipertenso hay que efectuar un estudio de laboratorio consistente en:

- Pruebas de laboratorio sistemáticas, es decir, recomendadas antes de iniciar el tratamiento: análisis de orina, hemograma completo, potasio, creatinina, glicemia, colesterol total, lipoproteínas de alta densidad, EKG en 12 derivaciones y fondo de ojo.
- Pruebas opcionales: aclaramiento de creatinina, microalbuminuria, proteínas en 24 horas, calcemia, lípidos de baja densidad (LDL), hemoglobina glicosilada, hormona estimulante del tiroides y ecocardiografía selectiva^{1,5,6,11,15,16}.

En otros estudios internacionales se han encontrado errores similares a los determinados por nosotros al clasificar al paciente hipertenso, y se destaca la importancia que tienen estas clasificaciones con el objetivo de realizar un adecuado diagnóstico, evaluar el pronóstico e indicar el tratamiento que corresponda^{5,15}.

Los resultados de la presente investigación, en cuanto al órgano más frecuentemente afectado, coinciden con otros estudios realizados en nuestra provincia, donde se encontró que el corazón estaba afectado en 85,4%; coincide este resultado con varios autores que corroboran la frecuente afectación de este órgano^{5,10,16,17}; aunque en otros estudios se halló que estuvo dañado, con más frecuencia, el riñón¹⁸.

En otras investigaciones realizadas en nuestra provincia se comprobaron afecciones en órganos diana como: corazón, cerebro, riñones y ojos, y estuvieron afectados 56,9 % de los pacientes: 28,3 % padeció de alguna afección en el corazón, 12,3 % en el órgano de la visión, 9,4 % en los riñones y 6,9 % sufrió daño cerebral en alguna medida¹⁹.

La identificación de los factores de riesgo desempeña un papel fundamental en el control futuro del paciente hipertenso y la misma fue muy pobre en nuestro estudio; estos resultados no coinciden con los encontrados por Cires Pujol²⁰, quien en su estudio de evaluación del control de pacientes hipertensos en dos municipios de Ciudad de La Habana, encontró porcentajes de identificación de factores de riesgo más elevados que los hallados por nosotros.

Summary

A descriptive epidemiological research was carried out to characterize some elements related to the diagnosis of hypertension in the municipality of Santa Clara in 2002. The sample was composed off 370 patients. Ten patients were chosen from each office in every health area within the municipality. At the same time, doctors from these offices were evaluated on their knowledge about hypertension. The availability of human resources and materials was identified and clinical histories from the patients chosen were checked. It was found that 100 per cent of the offices count with the necessary human resources but the situation was different with materials. Deficiencies were found in the competence of doctors interviewed as well as in diagnosis of hypertensive patients since 58,9 per cent has no complementary diagnosis, 87,3 per cent was wrongly diagnosed, 61,6 per cent was not investigated to determine the presence of injuries in target organs and no risk factors were found in 52,7 per cent. After the analysis of these results, we suggest to develop a strategy of intervention taking all these aspects into account.

Referencias bibliográficas

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. La Habana: MINSAP; 1998.
2. Wilsgaard T, Schirmer H, Arresen E. Impact of body weight on blood pressure with a focus on sex differences. Arch Intern Med. 2000;160(18):2847-53.
3. Roble NP. Variabilidad de la presión arterial y morbimortalidad cardiovascular. Hipertens. 2000; 53(1):110-6.
4. Kannel WB. Elevated systolic blood pressure as a cardiovascular risk factor. Am J Cardiol. 2000;85(2):251-5.
5. Sellen Crombet J. Epidemiología. En: Hipertensión arterial. Diagnóstico, tratamiento y control. La Habana: Félix Varela; 2002. p. 30-9.
6. Organización Mundial de la Salud. Epidemiología de la presión arterial elevada. En: Control de la hipertensión. Ginebra: OMS; 1998. p. 12- 4.
7. Castellanos Áreas JA, Negrín La Rosa R, Cubera Menéndez O. Prevalencia de la hipertensión arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(2): 138-43.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública . Enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud. La Habana: Ciencias Médicas; 1999. p. 41-3.

9. Adroque HE, Sinaiko AR. Prevalence of hypertension in junior high school- aged children. Effect of new recommendation in the 1996 updated task force report. *Am J Hypertens*. 2001;14: 412-4.
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. VII reunión metodológica del MINSAP. La Habana: MINSAP; 2001.
11. Dieste W, Rodríguez M, Skeen G, Dueñas A. Evaluación de la competencia y desempeño. Programa nacional de hipertensión arterial. Boyeros y Habana Vieja, 1995. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1997;13(6):544-50.
12. Recomendaciones (1999) para el tratamiento de la hipertensión arterial. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional de hipertensión. *Hipertensión*. 1999;16(6):206-39.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de enfermedades no transmisibles: evaluación parcial de la campaña de prevención y control de la hipertensión arterial. La Habana: Hospital Hermanos Almejeiras; 1999.
14. Jaddou HY, Bateiha AM, Ajlouni KM. Prevalence, awareness and management of hypertension in a recently urbanised community, eastern Jordan *Hum Hypertens*. 2000;4(8): 497-501.
15. Lombera Romero F. Guías de práctica clínica de la SEC en hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:63-90.
16. Aranda Lara P, Aranda Lara FJ, Aranda Granados P, López Novales E. Hipertensión e hipercolesterolemia en la población española. *Hipertensión*. 2000;17(3):77.
17. WHO expert committee on hypertension control. Hypertension control: report of a WHO expert committee. Genova: OMS; 1999.
18. Movadodij M, Mahamat H, Djikoloum D, Mbainaissem M. Arterial hypertension in the medical surgical emergency service. *Arch Mal Coeur Vaiss*. 2000;93(8):997-1001.
19. Cruz Brito C, González Alfonso N, Rodríguez Santos C, González Alfonso L. Complicaciones más frecuentes y persistencia de factores de riesgo en pacientes hipertensos. *Medicentro Electrónica [serie en Internet]*. 1999 [citado 20 de Dic 2002];(supl 4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/sup499/complica.htm>
20. Cires Pujol M , Peña Machado M , Achong Lec M , Ramos Pérez L , Levi Rodríguez M. Evaluación del control de pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de La Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1995;11(4):337-43.