

Comportamiento epidemiológico de la Hipertensión arterial en un Policlínico cubano

Epidemiological behavior of arterial hypertension in a Cuban Polyclinic

Comportamento epidemiológico da hipertensão arterial em uma policlínica cubana

Comportement épidémiologique de l'hypertension artérielle dans une polyclinique cubaine

Geominia Maldonado Cantillo¹ , Armando Rodríguez Salvá² , Addys M. Díaz Perreira³ ,

Esteban Londoño Agudelo⁴ , Milenia León Sánchez⁵ 

DOI: 10.19136/hs.a19n1.2899

Artículo Original

Fecha de recepción: 20 de noviembre de 2018

Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2019

Autor de Correspondencia:

Geominia Maldonado Cantillo, Dirección postal: Infanta # 1158 entre Llinás y Clavel. CP 10300
La Habana. Cuba, Correo electrónico: geominia@inhem.sld.cu

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia y el comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en el Policlínico Julio Antonio Mella entre el 2016-2017.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en mayores de 35 años de ambos sexos que incluyó a 2,297 individuos, de ellos 976 eran hipertensos, a los que se les aplicó encuesta. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencia absoluta y relativa, mientras que las asociaciones se realizaron mediante la prueba de Chi cuadrada.

Resultados: La prevalencia global de hipertensión en la población analizada fue de 42,5 %. En ambos sexos el grupo etario que predominó fue los menores de 65 años. El 62,4 % de los pacientes hipertensos son del sexo femenino, las cuales a su vez tienen mayor porcentaje de ser diabéticas y tener niveles de colesterol referido elevado. El 71,5 % de los pacientes al menos ha tenido una consulta de seguimiento en el último año. El 86,1 % de los pacientes hipertensos adheridos al tratamiento están controlados, estando asociado estadísticamente dichas variables.

Conclusiones: Las mujeres y los menores de 65 años fueron los grupos más representados. Los medicamentos más utilizados para la hipertensión arterial fueron los del grupo farmacológico inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y diuréticos.

Palabras claves: Hipertensión arterial, control de presión arterial, adherencia al tratamiento.

¹ Doctora en Medicina. Especialista de 1er grado de Bioestadística. Investigador agregado y profesor auxiliar del Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología. INHEM, Cuba

² Doctor en Medicina. Especialista de 2do grado Higiene y Epidemiología y Administración de Salud. Investigador y Profesor Auxiliar del Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología. INHEM, Cuba

³ Doctora en Medicina. Especialista de 1er grado Higiene y Epidemiología. Investigador Auxiliar y Profesora asistente del Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología. INHEM, Cuba

⁴ Instituto de Medicina Tropical de Antwerp, Bélgica. ITM, Antwerp, Belgium

MD. Master in Public Health. Afiliación: a. PhD Candidate Institute of Tropical Medicine - Ghent University, Belgium. Facultad de Medicina Universidad CES. Medellín, Colombia.

⁵ Doctora en Medicina. Especialista de 1er grado Higiene y Epidemiología de la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología DE Guanabacoa.

Abstract

Objective: To determine the prevalence and epidemiological behavior of hypertension at the Julio Antonio Mella Polyclinic between 2016- 2017.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was carried out with people older than 35 years of both sexes, which included 2 297 individuals, from this population 976 were hypertensive, to whom a survey was applied. The qualitative variables were expressed in absolute and relative frequency, while the associations were made using the chi-squared test.

Results: The overall prevalence of hypertension in the analyzed population was 42.5 %. In both sexes, the predominant age group was in those under 65 years of age. 62.4 % of hypertensive patients are female, which in turn have a higher percentage of being diabetic and have high cholesterol levels. 71, 5 % of patients have had at least one follow-up consultation in the last year and 64.7% of them have indicated angiotensin-converting enzyme inhibitors in the family. 86.1 % of patients adhered to the treatment are controlled and statistically associated.

Conclusions: Women and younger under 65 were the most represented groups. The drugs most commonly used for arterial hypertension were those of the pharmacological group, the angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) and diuretics.

Keywords: High blood pressure, blood pressure control, adherence to the treatment.

Sumário

Objetivo: Determinar a prevalência e o comportamento epidemiológico da hipertensão arterial na Policlínica Julio Antonio Mella entre 2016-2017.

Materiais e métodos: Um estudo transversal descritivo foi realizado em pessoas acima de 35 anos de ambos os sexos, que incluíram 2.297 indivíduos, dos quais 976 eram hipertensos, aos quais foi aplicada uma pesquisa. As variáveis qualitativas foram expressas em frequência absoluta e relativa, enquanto as associações foram realizadas pelo teste do qui-quadrado.

Resultados: A prevalência geral de hipertensão na população analisada foi de 42,5%. Nos dois sexos, a faixa etária predominante foi a de menores de 65 anos. 62,4% dos hipertensos são do sexo feminino, os quais, por sua vez, apresentam uma porcentagem maior de diabéticos e altos níveis de colesterol referido. Pelo menos 71,5% dos pacientes tiveram uma consulta de acompanhamento no último ano. 86,1% dos hipertensos aderidos ao tratamento são controlados, estando essas variáveis estatisticamente associadas.

Conclusões: Mulheres e menores de 65 anos foram os grupos mais representados. Os medicamentos mais utilizados para pressão alta foram os do grupo farmacológico para inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e diuréticos.

Palavras chave: Hipertensão, controle da pressão arterial, adesão ao tratamento.

Résumé

Objectif: Déterminer la prévalence et le comportement épidémiologique de l'hypertension artérielle dans la Polyclinique Julio Antonio Mella (Cuba) entre 2016 et 2017.

Matériel et méthodes: Une étude descriptive et transversale a été menée auprès d'un échantillon de 2297 personnes de plus de 35 ans, des deux sexes. Un questionnaire a été appliqué à 976 d'entre elles qui étaient hypertendues. Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquence absolue et relative, tandis que les associations ont été évaluées à l'aide du test du chi-carré.

Résultats: Chez les deux sexes, le groupe d'âge prédominant était celui des moins de 65 ans. La prévalence globale de l'hypertension dans la population analysée était de 42,5%. Les femmes représentaient 62,4 % des patients hypertendus; dans leur groupe, il y avait aussi un plus grand pourcentage de diabète et de taux de cholestérol élevé. 71,5% des patients hypertendus avaient eu au moins une consultation de suivi au cours de l'année précédente et 64,7 % avaient reçu une prescription de médicaments de la famille des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. 86,1 % des patients ayant adhéré au traitement étaient contrôlés, ces variables étant statistiquement associées. **Conclusions:** Les femmes et les personnes de moins de 65 ans étaient les groupes les plus représentés. Les médicaments les plus couramment utilisés pour traiter l'hypertension artérielle étaient ceux du groupe des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et les diurétiques.

Mots clés: Hypertension, contrôle de la tension artérielle, observance du traitement.

Introducción

La hipertensión arterial es una condición muy frecuente y el principal factor de riesgo relacionado con la mortalidad en todo el mundo. Actualmente, las enfermedades cardiovasculares se han posicionado como las principales causas de mortalidad en el mundo, principalmente en los países industrializados, y el análisis epidemiológico de este fenómeno ha permitido reconocer la existencia de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, mismos que conducen al padecimiento de accidentes cerebrovasculares, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o arteriopatía periférica. La hipertensión arterial es uno de estos factores de riesgo modificables y es considerado, en la actualidad, como uno de los mayores problemas de Salud Pública a nivel mundial¹.

La prevalencia de este padecimiento en el mundo es de un 20-30 % en la población mayor de 18 años y ha continuado su ascenso, asociada a estilos de vida no saludables, a la disminución de la actividad física y aspectos conductuales relacionados con el consumo habitual de sustancias tóxicas, estrés, poco apego a tratamiento de enfermedades cardiovasculares, cerebrales y renales las cuales pueden ocurrir en edades productivas de la vida, lo que provoca una disminución significativa de la calidad de vida².

Entre el 20 % y 35 % de la población adulta de América Latina y el Caribe padecen hipertensión arterial. El número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1 % de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional, sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la tensión arterial controlada. Si bien la hipertensión arterial no es curable, se puede prevenir y tratar presión arterial y mantener las cifras tensionales por debajo de 140/90 mmHg. El adecuado control es una medida costo-beneficio para evitar la mortalidad a edades tempranas. Si se logra tratar a la mitad de la población con hipertensión no controlada, incluyendo aquellos tratados con valores de presión arterial sub-óptimos y aquellos sin tratamiento, en 10 años se podrían prevenir 10 millones de muertes en el mundo debidas a eventos cardiovasculares³.

Los estudios epidemiológicos sugieren una prevalencia entre 50 % y 70 % de hipertensión arterial en las personas de 60 años de edad y más. Sin embargo, la hipertensión no debe considerarse una consecuencia normal del envejecimiento⁴. Otros autores consideran que en adultos mayores de 18 años es de 35 %, que llega a 40 % en edades medias y a 68 % en los mayores de 60 años,

lo cual afecta a unos 10 millones de personas adultas⁵. Las cifras de presión aumentan gradualmente con la edad, por lo que la prevalencia de hipertensión arterial depende notablemente del segmento etario considerado. La distribución de la prevalencia depende fundamentalmente de factores socioeconómicos y culturales, aunque con tendencia a igualarse en todas las zonas geográficas del planeta.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos de cada cinco adultos padece de presión arterial elevada, un trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía.

Las complicaciones derivadas de la hipertensión son la causa de 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo⁶.

En Cuba, según el Anuario Estadístico de Salud, en 2015 se elevó el reporte de la prevalencia por el otorgamiento de tratamientos para la hipertensión arterial, cuya tasa fue de 217,5 por cada 1000 habitantes, en tanto se reportaron 3427 defunciones por causa de enfermedades hipertensivas⁷.

El poco apego a tratamiento (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) es causa del fracaso de muchos tratamientos y conlleva a serios problemas en la calidad de vida de los pacientes, costos para el sistema de salud y principalmente contribuye a la falta de resultados clínicos positivos, es decir el control de la enfermedad crónica.

El control de la hipertensión logra no solo salvar vidas sino también reducir significativamente las limitaciones funcionales y la discapacidad en las personas que padecen hipertensión arterial, por lo que nos dimos a la tarea de realizar una investigación que nos permitiera conocer la prevalencia y control de la hipertensión arterial en el Policlínico Julio Antonio Mella del municipio Guanabacoa, La Habana, Cuba en el período comprendido entre abril 2016 a febrero del 2017.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo transversal con sede en el policlínico José Antonio Echevarría del municipio Guanabacoa en el marco del proyecto internacional "Valoración de brechas en el manejo del paciente hipertenso y factores asociados con las mismas, ejecutado durante los años 2016-2017.

Cálculo del tamaño de la muestra: eran necesarias 1 920 personas, presión arterial una prevalencia de 50 % de hipertensos no controlados, en un rango etario mayores de

35 años de 1 458 familias, tomando en consideración que serían personas mayores de 35 años, según el Censo de población y viviendas de Cuba del año 2012 en Guanabacoa presión arterial ese grupo de edad había un promedio de 1,4 personas por vivienda.

Diseño de muestra: Muestreo por conglomerados biétipico estratificado, se seleccionaron 10 de los 41 consultorios que constituyeron los conglomerados o unidades de primera etapa (UPE), de los cuales con probabilidades de selección proporcionales a su tamaño se seleccionaron los pacientes en cada uno de ellos, que constituyeron las unidades de segunda etapa (USE) y en definitiva las unidades de análisis. Presión arterial la selección se utilizó el paquete de Programas EPIDAT, versión 3.

Finalmente la muestra quedó constituida por 2 297 pacientes mayores de 35 años de los cuales 976 eran hipertensos.

Se aplicó un cuestionario que incluía variables de interés (edad, sexo, comorbilidad, factores de riesgo, tratamiento farmacológico, adherencia al tratamiento), construido y validado en el marco del proyecto dónde la adherencia se evaluó con el test de Morisky, Green y Levine⁸. Consistente en una serie de cuatro preguntas de respuesta dicotómica Si/No, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento del tratamiento farmacológico. Se considera adherente a la persona que responde “no” a las cuatro preguntas, en tanto si contesta “sí” en al menos una de las preguntas, se clasifica como no adherente. Además, de proporcionar información sobre las causas del incumplimiento.

Resultados

Por cada 100 persona mayor de 35 años hubo aproximadamente 42,5 hipertensas. En ambos sexos la mayoría de los pacientes son menores de 65 años, como puede apreciarse en la tabla 1. En el sexo femenino predominaron los grupos etarios 65 a 74 y 55 a 64 años. En el caso del masculino predominaron las edades comprendidas entre 45 a 54 y 55 a 64 años. El 62,4 % de los pacientes hipertensos son del sexo femenino.

Como se muestra en el gráfico 1, las mujeres están fumando y son más sedentarias que los hombres hipertensos.

Las mujeres tienen mayor porcentaje de ser diabéticas y tener niveles de colesterol referido elevado, como se aprecia en el gráfico 2.

El 40,7 % de los pacientes tienen entre 1 y 10 años de diagnóstico (y el 71,5 % de los pacientes al menos habían tenido una consulta de seguimiento en el último año tabla 2.

Como puede apreciarse en la tabla 3, el 42,5 % de los pacientes toman enalapril como principal medicamento antihipertensivo, seguido por el captopril y la clortalidona. Por tanto el 64,7 % de los pacientes tienen indicado medicamentos de la familia inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y solo el 25,1 % tiene indicado algún tipo de diurético. (clortalidona, hidroclorotiazida, espironolactona y furosemida).

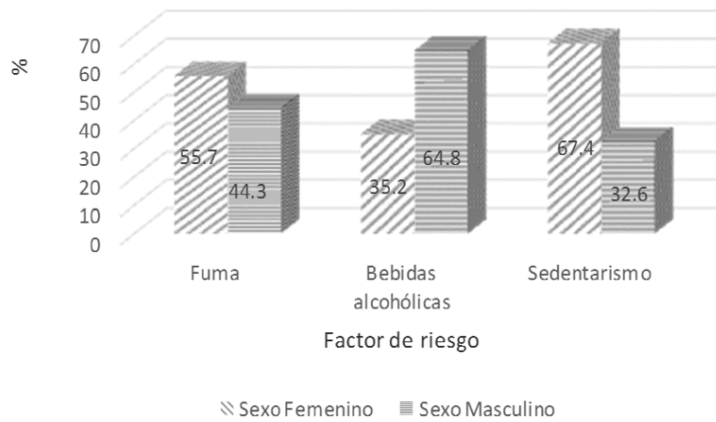
Tabla 1: Pacientes hipertensos según grupo de edad y sexo.

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
35-44	42	6,9	34	9,3	76	7,8
45-54	147	24,1	111	30,2	258	26,4
55-64	159	26,1	93	25,3	252	25,8
65-74	161	26,4	90	24,4	251	25,7
75 y más	100	16,4	39	10,6	139	14,2
Total	609	62,4	367	37,6	976	100,0

Chi-cuadrado de Pearson= 10,6 Sig: 0.031

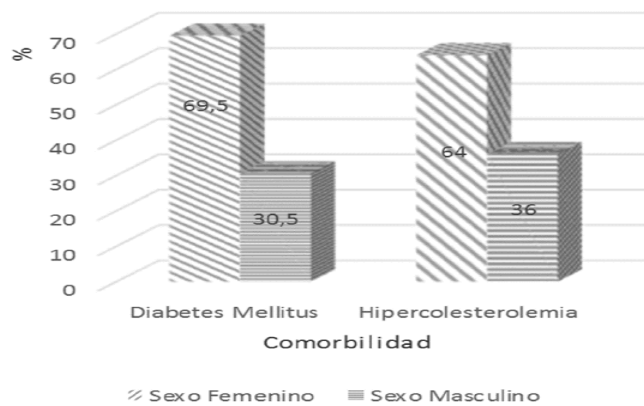
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1: Pacientes hipertensos según factor de riesgo y sexo.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2: Pacientes hipertensos según comorbilidad y sexo.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 2: Pacientes hipertensos según tiempo de diagnóstico de la enfermedad.

Tiempo diagnóstico	No.	%
< de 1 año	29	3,0
1-9 años	397	40,7
10-19 años	312	32,0
20 años y más	238	24,4
Total	976	100,0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3: Pacientes hipertensos según medicamento indicado.

Medicamentos	No.	%
Enalapril	387	42,5
Captopril	203	22,3
Clortalidona	167	18,4
Amlodipino	91	10,0
Atenolol	72	7,9
Hidroclorotiazida	50	5,5
Nifedipino	16	1,8
Espironolactona	7	0,8
Metildopresión arterial	7	0,8
Propresión arterialnolol	5	0,5
Furosemida	4	0,4
Verapresión arterialmilo	4	0,4
Diltiazem	2	0,2

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4: Pacientes hipertensos según adherencia y control.

Adherencia	Control				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	595	86,1	96	13,9	691	75,9
No	158	72,1	61	27,9	219	24,1
Total	753	82,7	157	17,3	910	100

Chi-cuadrado de Pearson = 22,7 Sig: 0,00 OR= 2,4 [1,7-3,4]

Fuente: Elaboración propia

De los 976 pacientes hipertensos conocidos, tienen indicado tratamiento farmacológico 953, es decir un 97,6%; pero solo 910 pacientes 93.2% consumen al menos un medicamento antihipertensivo, el 11,1 % dos y un 0.55 % la combinación de tres de ellos. El 86,1 % de los pacientes hipertensos adheridos al tratamiento están controlados, estando asociado estadísticamente dichas variables tabla 4. Es 2,5 veces más probable no estar controlados en pacientes no adheridos al tratamiento.

Discusión

Muchas investigaciones han planteado el aumento brusco de la tensión arterial a partir de los 50 años en mujeres, al igual que los resultados obtenidos en la investigación.

Es por todo conocido que la menopausia va de la mano con el incremento en la prevalencia de la hipertensión de las mujeres. En la posmenopausia, conforme la mujer adquiere

mayor edad existe activación del sistema nervioso simpático y del sistema renina-angiotensina-aldosterona, acompañado de disfunción endotelial, incremento de la endotelina y del estrés oxidativo, y de otros factores de la enfermedad cardiovascular y de la HIPERTENSIÓN ARTERIAL, como son la dislipidemia, obesidad, intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2. La menopausia altera el metabolismo de los lípidos, el metabolismo de los carbohidratos, el sistema fibrinolítico, la función endotelial y los marcadores inflamatorios, entre otros. En un estudio de 5 años sobre la obesidad y su relación con la hipertensión arterial, en Finlandia, de 9 485 mujeres sin hipertensión arterial, se volvieron hipertensas 908. El peso y la ganancia de peso aumentaron el riesgo en 5 %/kg ($P < 0,001$). El incremento del peso de 4 a 6 kg incrementó el riesgo de hipertensión arterial 1,25 veces, y la ganancia de más de 7 kg, 1,65 veces.

La conclusión fue que el inicio de la hipertensión arterial en la peri y posmenopausia temprana se relaciona con el aumento de peso, a pesar de que se controle el peso, la realización de actividad física y uso de terapia hormonal. Por otro lado, la menopausia aumenta la rigidez arterial relacionada a la edad, en la fase posmenopáusica temprana. Este aumento está probablemente relacionado, al menos en presión arterial, al déficit estrogénico⁹.

En cuanto a los factores de riesgo asociados con la enfermedad, nuestros resultados son coherentes con los encontrados en un estudio realizado en pacientes ambulatorios que asisten al programa de control de hipertensión arterial en el Hospital Jorge Cristo Sahium, de Villa del Rosario, Norte de Santander, Colombia; el 49,39 % de estos pacientes consume cigarrillo, otros factores de riesgo identificados fue el consumo de bebidas alcohólicas (42,95 %) y los malos hábitos alimenticios, como alto consumo de grasa, sal y azúcar¹⁰.

Así como el realizado en Argentina en el donde llegaron a la conclusión que la implementación de estrategias tendientes a disminuir la obesidad y el sobrepeso y el cambio de hábitos con respecto al consumo de alcohol y sal, resultaría relevante en la prevención de la hipertensión¹¹.

Resultados similares a la co-morbilidad se encontraron en el estudio realizado en 93 pacientes hipertensos y diabéticos ingresados en las salas de Medicina Interna del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, durante el bienio 2015-2016, en donde preponderó el sexo femenino (61,0 %) y el grupo etario de 55-64 años (36,6 %) ¹².

Los principales factores a considerar presión arterial el inicio y mantención de la terapia son: socioeconómicos,

disponibilidad de medicamentos, perfil de riesgo cardiovascular de cada paciente, presencia de daño en órgano blanco, enfermedad cardiovascular clínica, enfermedad renal, diabetes, variación de la respuesta individual a los medicamentos e interacciones con otros fármacos utilizados en presión arterial asociadas. Es irrefutable que lograr control de la PRESIÓN ARTERIAL con monoterapia ofrece ventajas relacionadas con una mejor adherencia y menos costos, así como el poder atribuirle probables efectos adversos¹³.

Nuestros resultados concuerdan con las investigaciones realizadas en Granma por Isabel González Pom y colaboradores y por el Dr. Achiong en Cárdenas donde predomina como tratamiento la utilización del grupo inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina seguido de los diuréticos^{14,15}.

En Cuba, como presión arterial del "Proyecto Global de estandarización del tratamiento de la HIPERTENSIÓN ARTERIAL" y del Proyecto "Reducción del riesgo de ECV a través de la mejora del control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria", en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el proyecto Kaiser Permanente Northern California, el Programa Canadiense de Educación en Hipertensión (CHEP) y la secretaría de salud de New York (Estados Unidos) se está aplicando esta iniciativa ajustada a nuestras realidades en el Policlínico Docente "Carlos Verdugo Martínez" de Matanzas, con un grupo de acciones que incluyen: la selección de medicamentos núcleos, evaluando la mejor evidencia y disponibilidad de fármacos para presión arterial; el desarrollo de un programa de educación a prestadores y pacientes; perfeccionar el sistema de registro del control de la presión arterial y la promoción de la responsabilidad del paciente y el automanejo; además de asignar nuevos roles y tareas dentro del equipo de salud y la comunidad para amplificar el alcance de las acciones del médico y la enfermera¹⁶.

Acorde con las guías de manejo terapéutico de Colombia ,para el manejo de la hipertensión arterial, se encuentra que los medicamentos más utilizados para la hipertensión arterial fueron del grupo farmacológico ARA II (losartán 50 mg/tableta), con 55,77 %; la calcioantagonistas (amlodipino 5 mg/tableta), con 52,56 %; seguido de la IECA (captopril 25 mg/tableta y enalapril 20 mg/tableta), con 44,87 % y 36,54 %, respectivamente; lo cual no es similar a los resultados obtenido¹⁰.

Otros estudios que han evaluado tanto el tratamiento y control de la hipertensión arterial, como por ejemplo en el Perú, el 50% de los pacientes recibía un solo fármaco, el 43 % dos fármacos y el 7 % tres o más fármacos,

siendo la combinación más frecuente el enalapril y la hidroclorotiazida, encontrándose que a mayor estadio de hipertensión arterial se incrementaba la cantidad de fármacos prescritos. El grado de control fue de 89,1% (en los no-diabéticos de 91,8% y en los diabéticos de 63,4%, $p < 0,001$), encontrándose que el atenolol y el enalapril serían, probablemente, los más costo-efectivos al valorarse la relación entre el costo de los medicamentos y su prescripción¹⁷.

Otros datos relacionados con la adherencia al tratamiento fueron los de Fernández-Arias (2014), quien encuestó a 115 pacientes atendidos en el Hospital Cayetano. Se encontró una baja adherencia a la medicación según los resultados de la escala Morisky en el 57,4% de los pacientes, predominantemente en jóvenes y en aquellos a quienes se les habían prescrito más de dos medicamentos¹⁸.

En el estudio transversal, realizado a través de encuestas directas con los pacientes ambulatorios que asisten a control de hipertensión arterial en el Hospital Jorge Cristo Sahium, Norte de Santander (Colombia), mostró que la proporción global de personas que resultaron cumplidoras del tratamiento fue de solo de 39,74%, lo cual es algo inferior a nuestros resultados¹⁰.

Más del 50% de los hipertensos estaban controlados, resultados que no coinciden con toda la literatura revisada, pero que consideramos sea la respuesta al tratamiento realizado y a la aplicación del Programa de diagnóstico y control de la Hipertensión arterial y a la Medicina Familiar, que ha permitido que gran parte de la población hipertensa esté adherida al tratamiento.

Conclusiones

1. La prevalencia de hipertensión en el área de salud Julio A. Mella, del municipio Guanabacoa es elevada.
2. Las personas menores de 65 años y las mujeres son las más afectadas. Lo cual puede deberse a una pesquisa activa en la toma de la tensión arterial en mayores de 15 años según Programa Nacional de Hipertensión.
3. La diabetes Mellitus y las dislipidemias son las morbilidades más frecuentes.
4. El control de la enfermedad depende fundamentalmente de la adherencia del paciente al tratamiento indicado, donde la monoterapia juega un papel fundamental.

Recomendaciones

- La implementación de estrategias destinadas a disminuir hábito de fumar, sedentarismo, consumo de alcohol, sal y grasas saturadas, resultaría relevante en la prevención de la hipertensión.
- Mejorar la distribución de medicamentos antihipertensivos seguimiento de la presión arterial en pacientes hipertensos en las consultas y buscar mecanismos presión arterial que los que se encuentren laboralmente activos tengan acceso al servicio.
- La adherencia al tratamiento es un factor determinante el control de la hipertensión por lo que se deben trazar estrategias para que los pacientes tengan un mejor apego a tratamiento y puedan elevar su calidad de vida.

Consideraciones éticas

Todas las personas incluidas en la muestra fueron informadas adecuadamente sobre los procedimientos y los objetivos del estudio expresado a través de su consentimiento escrito obtenido por el entrevistador en presencia de un testigo.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki ("Principios éticos presión arterial las investigaciones médicas en seres humanos") modificada en 2008 por la Asociación Médica Mundial, de acuerdo con todas las regulaciones aplicables, y de acuerdo a los estándares científicos establecidos internacionalmente.

Para la realización de este estudio, los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Alfonso Príncipe José Claro, Salabert Tortoló Idalmi, Alfonso Salabert Iria, Morales Díaz M, García Cruz D, Acosta Bouso A. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2017 Ago [citado 2018 Mar 06]; 39(4): 987-994. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013&lng=es.
2. Díaz Ramos, D. Intervención educativa presión arterial para el control de la Hipertensión arterial. Consultorio 111. Matanzas [Tesis de especialización]. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener; 2015. Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2091/html_314

3. OMS. Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números [Internet] Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2752:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=487
4. Organización Presión arterial americana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Hipertensión arterial. Guía de diagnóstico y manejo. p 318-329; doi: [https://doi.org/10.1016/s0300-8932\(99\)74934-1](https://doi.org/10.1016/s0300-8932(99)74934-1)
5. Sociedad Española de Hipertensión arterial. Guía española de Hipertensión Arterial [Internet]; 2005 [citado 12 mar 2018]. Disponible en: <http://www.sehleh.org/guiahipertensionarterial05.htm>
6. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Hipertensión. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud [Internet]. 2017 Abr [26.3.2018]; 3(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/04/factografico-de-salud-abril-20171.pdf>
7. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>
8. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Busquets Gil A, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino E.M, Faus Dáder M.J, Martínez Martínez F. Herramientas presión arterial para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care* Espresión arterial 2009; 11(4): 183-191; doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.05.006>
9. Presión arterial checa Romero José. Hipertensión arterial en diferentes edades de la mujer. *AnFacmed*. 2010; 71(4):257-64; doi: <https://doi.org/10.15381/anales.v71i4.105>
10. Ramírez Pinzón, C. J. Adherencia a la farmacoterapia en presión arterial hipertensos ambulatorios que asisten al programa de control de hipertensión arterial en el Hospital Jorge Cristo Sahium, Norte de Santander (Colombia). *Ciencia & Tecnología presión arterial para la Salud Visual y Ocular*, (2014) 12(2), 27-35; doi: <https://doi.org/10.19052/sv.3291>
11. Viego. Valentina Natividad, Luján Temporelli Karina. Determinantes socioeconómicos y ambientales de la hipertensión arterial en población adulta de Argentina. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2016;42(1):27-36
12. Bell Castillo J, George Carrión W, García Céspedes M.E, Delgado Bell E y George Bell M J. Identificación del síndrome metabólico en presión arterial hipertensos con diabetes mellitus e hipertensión arterial. *MEDISAN* 2017; 21(10):3065 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001000007
13. Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sociedad Internacional de Hipertensión (SIH) – 1999 *Medwave* 2001 Feb;1(02):e1908 doi: 10.5867/medwave.2001.02.1908 Disponible en : <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1908>; doi: <https://doi.org/10.5867/medwave.2001.03.1340>
14. González Popresión arterial Ms. C. María Isabel, I del Rosario González Ms. C. María Rodríguez, Toirac Castellano Yudelis Milanés Juan José Pérez. Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. *El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel*. *Multimed* 2015; 19(4):19-30
15. Achiong Estopiñán Dr. F González Hernández, Dra. Yolanda, Vega Rico Dra. Odalys, Guillot Alzubiaga Dr. Omar, Rodríguez Salvá Dr. Armando, M. Díaz Piñera Dra. Addys, Dr. Londoño Agudelo E. Algunos resultados post intervención en el control, tratamiento y complicaciones de la hipertensión arterial. *Policlínico Universitario Héroes del Moncada. Cárdenas*, 2014; doi: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-eular.7115>
16. Delfín Pérez Caballero Dr.C. M, Dr. León Álvarez JL, Dueñas Herrera A ,Dr.C. Alfonso Guerra JP, Navarro Despresión arterial Digne D, de la Noval García R. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. 2017 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001
17. Herrera-Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Valenzuela-Rodríguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2017;34(3):497-504. doi: 10.17843/rpmesp.2017.343.2622; doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2622>
18. Fernández-Arias M, Acuna-Villaorduna, Miranda JJ, Díez-Canseco F, Málaga Adherencia to Pharmacotherapy and Medication- Related Beliefs in Presión arterial hipertensos with Hypertension in Lima, Perú. *PLoS One*. 2014 Dec 3; 9 (12):e112875; doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112875>