

Trabajo Original

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández Policlínico Comunitario Olivos I
Sancti Spiritus

Control de la hipertensión arterial en la atención primaria de salud.

Control of arterial hypertension in primary health care.

Osbel Díaz Luís¹, Zabyly Hernández Blanco², Dra. Deysi Chirino Ramón³

Estudiantes de 3^{er} Año de Medicina. Sancti Spiritus. Cuba ¹
Especialista de 1^{er} grado en Medicina Interna ²

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, causal con el objetivo de caracterizar la población hipertensa de 9 consultorios médicos de la familia (CMF) pertenecientes a la zona urbana del área de salud Olivos I de la ciudad de Sancti Spiritus teniendo en cuenta las variables: edad, sexo, raza, tipo y categoría de la hipertensión arterial (HTA), identificamos los hábitos tóxicos, peso corporal y condiciones médicas coexistentes, así como, describimos -el tratamiento antihipertensivo y su influencia en el control de la HTA2E. Los resultados fueron expresados en porcentajes y recogidos en cuadros estadísticos, considerándose los aspectos éticos, llegándose a la conclusión de que en la población hipertensa estudiada predominó el sexo femenino, el grupo de edades de 50-59 años y color de la piel blanca. El tipo de hipertensión más frecuente fue la sistodiastólica y la categoría discreta. En el tratamiento no farmacológico hubo aceptación por algunas modificaciones del estilo de vida no así de la medicina natural y tradicional. Los grupos farmacológicos más utilizados fueron los diuréticos y los B-bloqueadores coincidiendo con los mayores porcentajes de pacientes controlados y controlados parciales; el mayor porcentaje de los no controlados coincidió con el grupo que no llevaba tratamiento.

DeCS: HIPERTENSION / prevención y control

SUMMARY

A descriptive cause-related study was made, with the objective of characterizing the hypertensive population of 9 family doctor clinics (FMC) belonging to the urban area of the Olivos I health area of the city of Sancti Spiritus. Taking into account the variables: age, sex, race, type and category of arterial hypertension, toxic habits, body weight and coexisting medical conditions were identified, and antihypertensive treatment and its influence in the control of type 2 extrasystolic hypertension were described. The results were expressed by percents and plotted in statistical charts, with ethical aspects being considered. It was concluded that in the hypertensive population studied the female sex, the group of ages of 50-59 years and the white color of skin prevailed. The most common type of hypertension was the systodiastolic and the mild category. In the non-pharmacological treatment there was acceptance for some modifications of lifestyle, but not of natural and traditional medicine. The most commonly used pharmacological groups were the diuretics and the beta-blockers coinciding with the greatest percents of controlled patients and

partially controlled. The greatest percent of non-controlled patients coincided with the group that didn't have a treatment.

MeSH: HYPERTENSION / prevention and control

INTRODUCCIÓN

La elevación de las cifras de presión arterial por encima de valores considerados como normales, es uno de los problemas de salud más frecuentemente observados en la población cubana y con lo cual tienen que enfrentarse a diario los médicos de la familia. Con la llegada de un nuevo milenio la hipertensión aún puede ser enfocada desde varios puntos de vista como una enfermedad: teniendo una prevalencia entre el 28 y el 32% en la población de 15 años y más, como un factor de riesgo establecido de otras enfermedades de mayor letalidad: La hipertensión es un factor estrechamente asociado con el desarrollo de enfermedades graves entre ellas la cardiopatía isquémica, accidentes vasculares encefálicos, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y retinopatía. Como un problema que afecta a un individuo: en relación con el individuo afectado el Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene la responsabilidad de detectarlo, tratarlo y controlarlo durante toda la vida, de esta forma el riesgo de complicaciones y muertes prematuras disminuye considerablemente. Como un problema que afecta a grandes poblaciones: las medidas dirigidas a toda la población a disminuir las cifras medias de presión arterial en la misma prevención primaria, pueden tener efectos fabulosamente buenos en la morbilidad y mortalidad asociados con la hipertensión¹.

La hipertensión arterial siendo de etiología múltiple es la enfermedad crónica más frecuente del mundo, afecta al 25% de la población adulta y su proporción aumenta a medida que se incrementa la edad, en el grupo 68-75 años afecta al 50% y en el de mayores de 75 con frecuencia del 75%².

La prevalencia de la HTA estimada en Cuba es alrededor de 2000000 hipertensos³. La hipertensión sistémica es el trastorno cardiovascular más frecuente en EE.UU. ya que afecta a más de 50 000000 de habitantes de esa nación, casi el 40% de los adultos de raza negra y más del 50% de la población total mayor de 60 años padece de HTA^{4,5}. Por su potencial patogénico, al incremento de las cifras de presión arterial y tiempo de exposición a estas, corresponderá una mayor incidencia de enfermedad vascular que elevará el riesgo de complicaciones, muertes prematuras por lo que constituye un problema de salud prioritario con repercusión social, económica y asistencial. De cada hipertenso que se detecta existe otro que no se ha identificado.

Respecto a la mortalidad por hipertensión arterial se asocia con 42% de las muertes ocasionadas por enfermedad vascular, con 27% de las acontecidas cardiopatías isquémica². En los servicios de terapia intensiva se reporta que del 54-65% de los casos de infarto del miocardio son hipertensos. Los estudios realizados sobre el control de la HTA demuestran se ha logrado disminuir la mortalidad por cardiopatía isquémica⁶. A pesar que desde la década del 50 se conocía que la hipertensión arterial intervenía en el aumento de la morbilidad cardiovascular en los países desarrollados, fueron los estudios efectuados en las décadas del 60 y el 70 los que claramente mostraron la relación entre HTA y las muertes por complicaciones vasculares en órganos blancos: corazón, cerebro, riñón y vasos sanguíneos⁷.

El corazón es uno de los órganos sobre los que mayor repercusión tiene la HTA, provoca una hipertrofia adaptativa que le permite impulsar un volumen normal de sangre contra una carga de presión elevada⁸. En cuanto a la prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda en hipertensos, las estimaciones más cercanas proceden de un estudio promovido por la sociedad española de cardiología: el estudio Vitae. Se realizaron en 12 centros hospitalarios ecocardiogramas a 1342 pacientes donde se demostró lo relativamente frecuente de la afectación cardíaca en la población hipertensa. En lo relativo a una de las principales consecuencias de la HTA, como factor de riesgo de insuficiencia cardíaca merece ser destacado que tras un seguimiento de más de 30 años del

estudio Framingham, alrededor del 76% de los varones y 79% de las mujeres que desarrollan insuficiencia cardiaca tenían hipertensión fundamentalmente sistólica. Esta tensión arterial elevada se reveló como un importante factor de riesgo tanto en la edad media como en los ancianos y en ambos sexos^{4,9}.

Kannel señala que el 90% de los accidentes cerebrovasculares son atribuidos a descontrol de la tensión arterial, señalándose del 66-75% de los pacientes con trombosis cerebral y el 90% de las hemorragias intracraneales no traumáticas. En Cuba constituye la tercera causa de muerte y el 9% del total de fallecidos. En EE.UU. Rostand reporta que del 15-20% de la insuficiencia renal terminal se debe a la HTA. La OMS estima que una disminución de 2mm/Hg, en la presión arterial media de la población produce una reducción de 6% en la mortalidad anual por accidentes vasculares encefálicos (AVE), 4% para los cardiovasculares y un 3% para todas las causas asociadas³. Por tanto, el objetivo del tratamiento antihipertensivo es reducir el riesgo cardiovascular total y con ello la morbimortalidad. Para hacer esto se cuenta con tratamiento farmacológico y no farmacológico¹⁰. Es importante determinar el tratamiento farmacológico solo cuando se halla confirmado su necesidad, en tal caso, debe tenerse en cuenta, la presencia de daños a órganos u otros factores de riesgo asociados, ya que el tratamiento no debe limitarse al control de la HTA puesto que no existe un fármaco ideal de uso generalizado para todos los pacientes, es imprescindible el tratamiento individualizado, de forma escalonada y progresiva, hasta lograr los efectos adecuados³. El advenimiento del médico de la familia como el eslabón más importante de la gran cadena que constituye el Sistema Nacional de Salud pone a Cuba en una situación de privilegio en la lucha mundial contra los efectos del ascenso de las cifras de presión arterial¹¹. Por todo lo anteriormente expuesto se hace necesario el control de las cifras tensionales en el paciente hipertenso, lo cual nos ha motivado a realizar esta investigación para lograr una caracterización de la población hipertensa urbana que se atiende en los CMF pertenecientes a la de salud basados en la caracterización de la población hipertensa según las variables: Edad, sexo y raza, determinación de los tipos y categorías de la hipertensión arterial, identificación de los hábitos tóxicos, peso corporal y condiciones médicas coexistentes en la población hipertensa, descripción de tratamiento antihipertensivo, así como la determinación del control de la HTA..

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva, causal de la población hipertensa de los CMF 1-4-7-8-10-13-14-15-17 pertenecientes a la zona urbana del área de salud de Los Olivos I de la ciudad de Sancti Spíritus en el período comprendido del 3 de enero al 28 de febrero del 2 000. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Todo paciente dispensarizado por HTA en los referidos CMF
- Población igual o mayor de 15 años.
- Que estén de acuerdo en participar en el estudio.

Criterios que analizaron en cada paciente las siguientes variables:

- Edad: expresada en años y por décadas.
- Sexo
- Femenino
- Raza: blanca, negra, amarilla, mestiza
- Tipo de HTA: Sistólica, Diastólica, Sistodiastólica
- Hábitos tóxicos: tabaco, Alcohol, Café y otros
- Categoría de la hipertensión:

() Categoría Sistólica (Mm/Hg)

() Diastólica

Óptima-<120----<80 Normal

-----<130----<85 Normal alta-----130-139-----85-89

HIPERTENSION

Estadio	1(discreta)-----140-159-----90-99
Estadio	2(moderada)-----160-179-----100-109
Estadio	3(severa)-----180-209-----110-119
Estadio 4(muy severa)-----210 y más-----120 y más	

Peso corporal:

Obeso: peso igual o superior al 20% del peso promedio deseable(o ideal) para la talla y el sexo (% de peso)12.

Condiciones médicas coexistentes: se consideró el término no solo para patologías orgánicas o psíquicas asociadas a la HTA que llevan también tratamiento y repercuten en el organismo del paciente, sino también aquellos estados no patológicos y que condicionan cambios en el organismo, por ejemplo embarazo.- Tratamiento antihipertensivo: farmacológico y no farmacológico.

- Control de la HTA3.

Paciente controlado: Aquel que en todas la toma de presión arterial durante un año (4 como mínimo) ha tenido cifras inferiores a 140/90. O adecuadas para grupos de riesgo. Ejemplo: diabetes mellitus 130/85 mm/Hg.

Paciente parcialmente controlado: Aquel que en el periodo de 1 año ha tenido el 60% o más de las tomas de presión arterial con cifras inferiores a 140/9.

Paciente no controlado: Aquel que en el periodo de 1 año, menos del 60% de las cifras de presión arterial hayan sido (<140/90) acorde a grupo de riesgo 2.

La información fue recogida por los investigadores a través de las siguientes fuentes de datos primarios: Modelo de recogida de datos (anexo 1). Secundaria: Historia clínica del individuo e Historia social familiar. Se realizó un análisis de las variables estudiadas, procesándose los datos mediante una calculadora, expresándose los resultados en porcentos y recogidos en tablas.

Aspectos éticos: Los pacientes incluidos en la muestra recibieron la información necesaria sobre las características del estudio, y se les pidió su consentimiento verbal y escrito por lo que se respeto la voluntariedad y la privacidad.

DISCUSIÓN

En la tabla # 1 observamos la caracterización del paciente hipertenso acorde a las variables edad y sexo, donde podemos apreciar que hubo predominio en el grupo de edades de 59-59 años con 252 pacientes para el 35%, siguiendo los grupos de edades de 40-49 y 60-69 años con 155 casos (21,6%) y 115(16%) respectivamente, predominando el sexo femenino en todos los casos, coincidiendo los resultados con otros autores que han demostrado estadísticamente que a partir de

los 50 años existe un predominio en el sexo femenino lo que puede explicarse por el incremento de la obesidad que ocurre en la mujeres, su vida sedentaria y la posible participación de la disminución hormonal^{13;14;15}.

En la muestra viendo la distribución de la hipertensión según color de la piel hubo un franco predominio de la raza blanca con 580 pacientes para el 80,7%, similares a resultados de otros autores ^{14;18} aunque los autores de este estudio opinan este relacionado con las características étnicas de la población estudiada.

Según la muestra investigada fue más frecuente la HTA sistodiastólica con 502 casos para el 69% siguiéndole la hipertensión sistólica con 163 para el 22,5% y por último la hipertensión diastólica con 54 casos (7,2%), estos resultados coinciden con la literatura revisada y otros estudios realizados en esta área. En la tabla #2 se aprecia la distribución de la HTA según la categoría discreta con 409 pacientes lo que representa el 56,9%; siguiendo la moderada con 268 (37,3%), la severa con 34 pacientes (4,7%) y la muy severa con 8 casos para el 1,1%. Se observa como fue disminuyendo marcadamente el porcentaje de casos a medida que aumentaba la categoría de la HTA.

En la población estudiada se pudo comprobar la marcada asociación de la población hipertensa estudiada con los hábitos tóxicos, siendo mayor con la ingestión de café con 650 pacientes para el 90,4%, seguido en orden de frecuencia el tabaco con 161 casos (23,7%) y alcohol 65 pacientes(9,0%). Está demostrado que la cafeína y la nicotina aumentan la presión arterial en reposo (BP) de manera aguda ⁵ . Así misma la probabilidad de que la enfermedad hipertensiva evolucione hacia la forma acelerada o maligna es hasta 5 veces superior entre los pacientes fumadores¹⁰.

Estudiada la relación entre ingesta alcohólica y tensión arterial epidemiológicamente y los diversos mecanismos investigados en la clínica esta demostrado que el alcohol puede contribuir al mantenimiento de cifras elevadas de tensión arterial hasta en el 25-30% de los hipertensos esenciales^{10;17}.

En la tabla #3 según la distribución de la HTA por peso corporal y sexo, predominó la población no obesa con 513 pacientes para el 71,3% sin gran diferencia en cuanto al sexo; no comportándose en los obesos (206 pacientes para el 28,7%) donde predominó en el sexo femenino con 127 casos para un 34,3%, resultados que coinciden con otros autores^{13;14;15}.

En la tabla #4 relacionamos las condiciones médicas coexistentes con la HTA ocupando el primer lugar la obesidad con 206 casos para el 28,7%, siguiendo la cardiopatía isquémica con 73 pacientes para el 10,2% y la Diabetes Mellitus con 37 casos para el 5,2%, con menor incidencia de la hiperlipidemia con 21 casos para el 2,9%. Enfermedades todas que con gran frecuencia concomitan con la HTA y los estudios epidemiológicos realizados han demostrado su relación con un mayor riesgo de padecer complicaciones cardiovasculares al aumentar el proceso de aterosclerosis y su impacto en la aterogénesis de la HTA es fundamental ^{5;18;19;20;10}. Además otros mecanismos patogénicos han sido propuestos como la insulinoresistencia en pacientes obesos y diabéticos no insulino dependientes que son más comunes en sujetos hipertensos²¹.

En la tabla #5 según el tratamiento no farmacológico llevado a cabo por los pacientes hipertensos hay una marcada aceptación en la disminución de la ingestión de sal con 597 pacientes para el 83,0%, seguido del incremento de la física en 322 casos (44,8%), la dieta baja de grasa de origen animal con 196 casos (27,3%) y la eliminación y/o disminución del hábito de fumar con 113 pacientes para el 15,7% llamando la atención la sobre aceptación por la población hipertensa de otras modificaciones del estilo de vida y de la medicina natural y tradicional. Sin embargo los cambios del estilo de vida han demostrado efectividad en la disminución de la presión arterial y en aquellos casos que por si solos no han ocurrido, favorecen, pues disminuyen el número y dosificación de medicamentos hipotensores para lograr los niveles adecuados de presión arterial³.

En la tabla #6 donde apreciamos la distribución del control de la HTA según el tratamiento farmacológico utilizado se usaron los diuréticos tiacídicos en 279 pacientes para el 38,8% controlando 153(21,3%), en segundo lugar los beta bloqueadores en 192 pacientes para el 26,7% controlándose 142 casos(19,7%), en tercer lugar los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) con 64 pacientes (8,9%) controlando 47(6,5%), en cuarto lugar los anticálsicos en 56 pacientes (7,8%) controlándose 22 casos(3,6%) y los alfa-2 agonista central en 24 pacientes para el 3,3% controlando 3 pacientes (1,8%) 2E.

Por tanto los fármacos más utilizados fueron los diuréticos tiacídicos y los Beta bloqueadores y los que lograron un mayor control, resultados que coinciden con la literatura revisada pues se ha comprobado la eficacia terapéutica de ambos, recomendándose como fármacos de primera línea en el tratamiento de la HTA ya que son los únicos que han demostrado a largo plazo disminución de la morbimortalidad cardiovascular, por ser más eficaces, más seguros y de menor costo 3;22 . No obstante a ello existe aun un número considerable de pacientes parcialmente controlados con estos medicamentos (diuréticos 109 y B-bloqueadores 45) y un menor número de no controlados (17 y 5 respectivamente) hecho que hace reafirmar que es imprescindible el tratamiento individualizado y conocer y manejar las particularidades de los diferentes grupos especiales de riesgo 3, así como la presencia de condiciones médicas coexistentes^{13,23} ya que no existe un fármaco ideal de uso generalizado para todos los pacientes³. Además llama la atención que existe un número considerable de pacientes (168 para el 23,4%) que no llevan tratamiento farmacológico con 106 (14,7%) no controlado y 35 (4,9%) parcialmente controlados. Sin embargo se ha demostrado inequívocamente por el Framingham Heart Study, que incluso la HTA leve, si es lo suficientemente prolongada provoca insuficiencia ventricular izquierda²⁴, también se ha podido conocer que una persona mayor de 35 años que tenga cifras diastólicas de presión arterial mayor de 100mmHg , sin recibir tratamiento regular puede llegar a tener una reducción de su expectativa de vida equivalente a 16 años²⁵ . Por lo que consideramos que esto constituya un reto para los médicos de familia en particular y como problema de salud que afecta la población.

CONCLUSIONES

La HTA predominó en el sexo femenino, en el grupo de edades de 50-59 años y en el color de la piel blanca. El tipo de hipertensión más frecuentemente encontrada fue la sistodiastólica y la categoría discreta. En relación con los hábitos tóxicos hubo una mayor asociación con la ingestión de café seguida del consumo de tabaco. Hubo un predominio de la población no obesa sin grandes diferencias para ambos sexos, sin embargo dentro de los obesos fue más frecuente el femenino. Dentro del tratamiento no farmacológico hubo un predominio de algunas de las modificaciones del estilo de vida: disminución de la ingesta de sal y grasa animal, disminución o eliminación del hábito de fumar e incremento de la actividad física. No siendo así con la medicina natural y tradicional. Los fármacos más usados fueron los diuréticos y Beta bloqueadores coincidiendo con los mayores porcentos de pacientes controlados y controlados parcialmente. El mayor por ciento de pacientes no controlados coincide con el grupo que no llevaba tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dueñas Herreras A. Hipertensión arterial, su control en el nivel primario de salud. Rev. Cubana Med Gen Integ 1992 Jul-Sept; 8(3):195-201.
2. Práctica diaria. Guía diagnóstica terapéutica de Hipertensión arterial esencial. Rev. Med IMSS 1997 Nov-Dic; 35(6):411-430.3- Cuba. Ministerio de Salud Pública.
3. Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. La Habana: MINSAP; 1998. p.11.4
4. Almenar Bonet L. Hipertensión arterial: Clasificación y epidemiología. Salud Rural 1999 Sept; 13(15):85-94.5.
5. Paril S. Hipertensión arterial. En: Cecil. Tratado de medicina interna Ciudad de la Habana : Editorial Ciencias Médicas; 1998. p.294-310.6.
6. Macias Castro I. Epidemiología de la hipertensión arterial. Acta Med 1997; Ene-Jun; 7(1):15-24.7.
7. Rodrigues L, Herrera Gomes V, Torres Prieto JM, Ramírez Pena RI. Factores de riesgo asociados a la hipertensión en los trabajadores de la oficina central del MINBAS. Rev. Cubana Med Gen Integ 1997 Sept-Oct; 13(5):474-481
8. Vásquez Vigoa A, Prahia Martines J. Repercusión de la hipertensión arterial sobre la masa miocárdica. Rev. Cubana Med 1997 Abr-Jun.
9. Balaguer I, Muñiz J. Epidemiología de la hipertensión arterial y la cardiopatía hipertensiva. En: Hipertensión y cardiopatía hipertensiva. Actualización y recomendaciones del grupo de trabajo de hipertensión arterial de la Sociedad Española de Cardiología. España: Mosby Doyma Libros; 1996.p.3.
10. Antonio Coca, de la Sierra A. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. 1ra ed. Barcelona : Editorial JIMS SA; 1993
11. Díaz Alonso G. La hipertensión en la Diabetes como factor de riesgo y las estrategias para controlarlas. Rev. Cubana Med Gen Integ 1995 Jul-Sept; 11(3):300-304.
12. Mateo de Acosta Fernández Oscar. Obesidad exógena en el adulto. Manual de diagnóstico y tratamiento en endocrinología y metabolismo. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985.
13. Kamhauses AC, Malacara H J, Donato F, Batello D. Mayor prevalencia de HTA en mujeres mayores de 50 años en la ciudad de León. Guanajuato; 1994.
14. Coro García Betsy M, Charmicharon Vidal R, Díaz Novas J, Rodríguez Abrines J. Estudio de la incidencia de la HTA en los adultos de 20 consultorios del policlínico Lawton en 1992. Rev. Cubana Med Gen Integ 1996; 12(4):319-324.
15. Reynol E, Varon RB. Hipertension in women and the el derly. Women and the elderly 1996; 100(1):58-69.
16. Cires Pujol M, Pena Machado M, Achong Lee M, Ramos Peres L, Lewis Rodríguez M. Evaluación del control de pacientes hipertensos dispenzarizados en dos municipios de Ciudad de la Habana. Rev Cubana Med Gen Integ 1995 Oct-Dic; 11(4):337-343.
17. Lima Selva Da OT, Martinez Carbalho F, Almeida Quadeos C, Ribeiro Gonoal Ves H, Seixas Selva Junior JA, Tourinho MF et al. Hipertensao arterial e alcoolismo em tiabalha dous de uma refinacia de petioleo. Rev Panam Salud Pública 1999 Sept; 6(3):185-191.
18. Oparil S. HTA. En: Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20ma ed. Editorial Mc Graw Hill-Interamericana; 1996. p.294-310.
19. Rodríguez Domínguez L, Herrera Gomes V, Torres Prieto JM, Ramírez Pena R. Factores de riesgo asociados con la HTA en los trabajadores de la oficina central del MINBAS. Rev. Cubana Med Gen Integ 1997 Sept-Oct; 13(5):474-481.
20. Doencas Cardiovasculares, dislipidemias e hipertensio em populacro do área metropolitana de Regifo sudeste do Brasil. Salas Martins I. Rev Salud Pública 1997 Oct; 31(5):466-471.
21. Gordon HW. Hypertensive vascular disease. En: Harrinsons. Principles of internal medicine. 14th ed : Mc Graw-Hill Companies; 1998. p.1380-1394.
22. Boletín de información terapéutica para la atención primaria de salud. 1997 Mar-Abr;(4).
23. Kvasuicua J.Treatment of hypertension in the presence of medical coexisting condition Drugs Aging. 1994; 4(4):384-394.

24. Schoan Frederick J. El corazón en :Robbins Patología estructural y funcional. 6ta ed. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p.571-629.
25. De la Noval García R. Control de la HTA en el proyecto 10 de octubre. Rev. Cubana Cardiol Cir. Cardiovascular 1999 Jul-Dic; 13(2):136-141.

ANEXOS

TABLA # 1. Caracterización de la población hipertensa. Distribución de la HTA según edad y sexo. CMF 1; 4; 7; 8; 10; 13; 14; 15 y 17 del área de salud Olivos I. Sancti Spíritus año 2000.

EDAD Años	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
15-19	0	0	4	1,3	4	0,6
20-29	15	3,8	20	6,3	35	4,9
30-39	29	7,3	36	11,3	65	9
40-49	92	23,1	63	19,7	155	21,6
50-59	136	34,1	116	36,3	252	35
60-60	62	15,5	53	16,6	115	16
70-79	36	9	23	7,2	59	8,2
80 y más	29	7,3	5	1,6	34	4,7
TOTAL	399	55,5	320	44,5	719	100

Fuente: Encuestas del autor.

TABLA # 2 Caracterización de la población hipertensa. Distribución de la HTA según su categoría. CMF 1; 4; 7; 8; 10; 13; 14; 15 y 17 del área de salud Olivos I. Sancti-Spíritus ano 2 000.

CATEGORIA	#	%
DISCRETA	409	56,9
MODERADA	268	37,3
SEVERA	34	4,7
MUY SEVERA	8	1,1
TOTAL	719	100

Fuente: Encuestas del autor.

TABLA # 3. Caracterización de la población hipertensa. Distribución de la HTA según peso corporal y sexo. CMF 1;4; 7; 8; 10; 13; 14; 15 y 17 del área de salud Olivos I. Sancti Spíritus año 2000.

PESO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
NO OBESO	241	75,3	272	68,2	513	71,3
OBESO	79	24,7	127	34,3	206	28,7
TOTAL	320	44,5	399	55,5	719	100

FUENTE: Encuestas del autor.

TABLA # 4 Caracterización de la población hipertensa. Distribución de la HTA según condiciones médicas coexistentes. CMF 1; 4; 7; 8;10; 13; 14; 15 y 17 del área de salud Olivos I. Sancti Spiritus año 2000.

Condiciones médicas coexistentes	#	%
Obesidad	206	28,7
Cardiopatía isquémica	73	10,2
Diabetes Mellitus	37	5,2
Osteoartrosis	24	3,3
Hiperlipidemia	21	2,9
Insuficiencia vascular periférica	19	2,6
Úlcera gástrica	18	2,5
Insuficiencia renal	10	1,4
A.V.E	7	1,0
Artritis reumatoide	6	0,8
Nefropatías	5	0,7
Epilepsia	4	0,6
Cefalea migrañosa	3	0,4
Neoplasia	3	0,4
Hipotiroidismo	2	0,3
Parkinson	1	0,2
Riñón poliquístico	1	0,2
Gastritis crónica	1	0,2
Gota	1	0,2
TOTAL	442	61,6

FUENTE: Encuestas del autor.

TABLA # 5 Caracterización de la población hipertensa. Distribución de la HTA según tratamiento no farmacológico. CMF 1; 4; 7; 8; 10; 13; 14; 15 Y 17 del área de salud Olivos I. Sancti Spiritus año 2000.

Tratamiento no farmacológico	#	%
Disminución de la ingestión de sal	597	83,0
Incremento de la actividad física	322	44,8
Reducción del peso corporal	87	12,1
Eliminación y/o disminución del hábito de fumar	113	15,7
Ejercicios de relajación	17	2,4
Medicina natural y tradicional	15	2,1
Eliminación y/o disminución de la ingestión de alcohol	49	6,8
Disminución de la ingestión de grasa de origen animal	196	27,3
Incremento de la ingestión de frutas y vegetales	8	1,1
Dinámica familiar	1	0,1

FUENTE: Encuestas del autor.

TABLA # 6 Caracterización de la población hipertensa. Distribución de la HTA según tratamiento farmacológico utilizado. CMF 1; 4; 7; 8; 10; 13; 14; 15 Y 17 del área de salud Olivos I. Sancti Spiritus año 2000.

Grupos de fármacos	Control		Parcial control.		No control		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Diuréticos	153	21,3	109	15,2	17	2,4	279	38,8
Inhib.ECA	47	6,5	11	1,5	6	0,8	64	8,9
Anticálsicos	22	3,6	28	3,9	12	1,7	56	7,8
Vasodilatadores	-	-	-	-	-	-	-	-
Alf2 agonist. cent.	13	1,8	9	1,3	2	0,3	24	3,3
Inhib. Adre. perif.	-	-	-	-	-	-	-	-
Bloq.rec.alf.adren.	-	-	-	-	-	-	-	-
Bloq. adren. alfa y Beta	-	-	-	-	-	-	-	-
Bloq.recep.angiotll	-	-	-	-	-	-	-	-
B-Bloqueadores	142	19,7	45	6,3	5	0,7	192	26,7
Subtotal	377	54,2	202	28,1	42	6,8	621	86,4
No tratamiento	27	3,8	35	4,9	106	14,7	168	23,4

FUENTE: Encuestas del autor