

Enfoque terapéutico de la hipertensión arterial según riesgo cardiovascular

MSc.Dra. Naifi Hierrezuelo Rojas¹✉^{id}, MSc.Dra. Julia T. Álvarez Cortés¹^{id}, MSc.Dr. Jorge Cruz Llaugert²^{id} y Dra. Ana J. Limia Domínguez²^{id}

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Servicio de Asistencia Médica, Policlínico Comunitario Ramón López Peña. Santiago de Cuba, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Servicio de Asistencia Médica, Policlínico Carlos Juan Finlay. Santiago de Cuba, Cuba.

Full English text of this article is also available

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 1 de abril de 2021
Aceptado: 7 de mayo de 2021
Online: 24 de septiembre de 2021

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Abreviaturas

FRC: factor de riesgo cardiovascular
HTA: hipertensión arterial
LOD: lesión en órgano diana
PA: presión arterial
RCV: riesgo cardiovascular

RESUMEN

Introducción: La estrategia terapéutica para maximizar la relación costo-efectividad en el tratamiento de la hipertensión arterial debe tener en cuenta el riesgo cardiovascular, además de los niveles de presión arterial.

Objetivo: Evaluar el enfoque terapéutico de la hipertensión arterial según el riesgo cardiovascular de adultos mayores hipertensos.

Método: Se realizó un estudio descriptivo y trasversal con 103 adultos mayores dispensarizados como hipertensos en un consultorio médico de la familia de Santiago de Cuba. Se estudiaron variables clínicas (riesgo cardiovascular, terapéutica de los pacientes, tratamiento farmacológico, criterios de control) y se evaluó el enfoque terapéutico integral según la Guía Cubana de Diagnóstico, Evaluación y Seguimiento de la Hipertensión Arterial. Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva como frecuencia absoluta y porcentaje, así como medidas de tendencia central.

Resultados: Los adultos mayores hipertensos estudiados tienen niveles de riesgo moderado a alto de sufrir eventos cardiovasculares en los próximos años. El 100% tenía tratamiento farmacológico combinado. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina fueron los medicamentos más utilizados (52,3%). El 32% de los pacientes pudo considerarse controlado. El enfoque terapéutico integral fue inadecuado en el 51,5% de ellos.

Conclusiones: Los resultados de esta investigación demuestran que el enfoque terapéutico integral en los pacientes hipertensos fue inadecuado. Aplicar adecuadamente la guía cubana de esta enfermedad garantiza la mejor calidad en la atención a estos pacientes.

Palabras clave: Adulto mayor, Hipertensión Arterial, Enfoque terapéutico integral, Riesgo cardiovascular

Therapeutic approach to high blood pressure according to cardiovascular risk

ABSTRACT

Introduction: The therapeutic strategy for high blood pressure should take into account cardiovascular risk, as well as blood pressure levels, to maximize the cost-effectiveness analysis in the treatment of the disease.

Objective: To assess the therapeutic approach to high blood pressure according to cardiovascular risk in elderly people.

Method: A descriptive and cross-sectional study was carried out in 103 elderly pa-

✉ N Hierrezuelo Rojas
Policlínico Ramón López Peña
Avenida 12 de Agosto s/n
Reperto Municipal.
Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico:
naifi.hierrezuelo@infomed.sld.cu

Contribución de los autores

NHR: Concepción y diseño de la investigación, recolección y análisis del dato primario, y confección del informe final.

JTAC: Concepción y diseño de la investigación. Revisión del informe final.

JCL y AJLD: Búsqueda de información, recolección del dato primario y ayuda en la confección del informe final.

Todos los autores revisaron críticamente el manuscrito y aprobaron el informe final.

tients who had high blood pressure at a family doctor's office from Santiago de Cuba. Some clinical variables (cardiovascular risk, therapeutic strategies, pharmacological treatment, control criteria of high blood pressure) were studied and the comprehensive therapeutic approach was evaluated according to the Cuban guide for hypertension diagnosis, evaluation and treatment. Descriptive statistical techniques such as absolute frequency and percentages as well as measures of central tendency were used.

Results: *Hypertensive elderly patients studied have a moderate to high risk of suffering cardiovascular events in the upcoming years. One hundred percent had combined pharmacological treatment. Angiotensin converting enzyme inhibitors were the most commonly used drugs (52.3%). A 32% of patients could be classified as controlled. The comprehensive therapeutic approach was inadequate in 51.5% of patients.*

Conclusions: *The results obtained in the current research show that the comprehensive therapeutic approach to high blood pressure, according to cardiovascular risk, was inadequate. To properly apply the Cuban guide on this disease grants better quality in medical attention to these patients.*

Keywords: *Elderly people, High blood pressure, Comprehensive therapeutic approach, Cardiovascular risk*

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) se ha considerado históricamente una de las enfermedades de la civilización y constituye un problema de salud global¹. Se estima que, en el mundo, unos 691 millones de personas la padecen. En el continente americano, por ejemplo, cerca de 140 millones de personas presentan HTA, mientras que en América Latina y el Caribe se calcula entre 8% y 30%².

En Cuba, al cierre de 2019, las enfermedades del corazón continuaban siendo la principal causa de muerte: ocupan el primer lugar, con 26736 defunciones, lo cual significa una tasa de 238,1 por 100000 habitantes; cifra superior a la de 2018. La provincia de Santiago de Cuba, particularmente, presentó una de las tasas más elevadas para las enfermedades cardiovasculares: 221,2% por cada 100000 habitantes³.

Ante el reto de reducir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y de elevar la calidad de vida de la población se introduce como elemento de trabajo sistemático el uso de la guía cubana para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la HTA¹. La sencillez de estas indicaciones, su costo mínimo y los medios disponibles en todos los consultorios de la Atención Primaria de Salud hacen posible su empleo. Por otra parte, se considera oportuno considerar el término «riesgo cardiovascular» (RCV), que refiere la probabilidad que tiene un paciente de padecer una enfermedad de este tipo en los próximos 10 años¹. Al articular estas dos cuestiones se formula el objetivo de evaluar el enfoque terapéutico de la

HTA según RCV en adultos mayores hipertensos pertenecientes a un consultorio médico de la familia.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con 103 adultos mayores dispensarizados como hipertensos en el Consultorio Médico de la Familia # 23 del Policlínico Docente Ramón López Peña, de Santiago de Cuba, durante el período 2019-2020. Todos los pacientes aceptaron participar en la investigación y firmaron el modelo de consentimiento informado.

Variables

Se estudiaron varias variables (riesgo cardiovascular, tratamiento, criterios de control) y se evaluó el enfoque terapéutico integral según la guía cubana de HTA¹.

Para la estratificación del RCV en los pacientes se consideraron la presión arterial (PA), los factores de riesgo cardiovascular (FRC), el daño orgánico asintomático o lesión en órgano diana (LOD) y la presencia o no de diabetes mellitus. La clasificación determinada fue la siguiente¹:

- a) Riesgo bajo:
 - Prehipertensión arterial con 1 o 2 FRC adicionales.
 - HTA grado 1 sin otros FRC adicionales.
- b) Riesgo moderado:
 - Prehipertensión arterial con 3 o más FRC, o

- con LOD o diabetes mellitus.
- HTA grado 1, con 1 o 2 FRC adicionales.
- HTA grado 2 sin otros FRC, o con 1 o 2 FRC adicionales.
- c) Riesgo alto:
 - HTA grado 2, con 3 o más FRC, o con LOD o diabetes mellitus.
 - HTA grado 3, independientemente a la presencia o no de otros FRC, LOD o diabetes mellitus.

En el caso del control del paciente hipertenso se tuvieron en cuenta las cifras de PA, la modificación del RCV, la adherencia al tratamiento y la LOD. Se consideró lo reflejado en los controles de la enfermedad en la historia clínica individual, fundamentalmente en el último año, para clasificar al paciente en:

- a) Controlado. Si se han logrado:
 - Cifras de PA menores de 140-150/90 mmHg en el 70% o más de las evaluaciones del último año.
 - Modificación del estilo de vida (incorporación a la práctica de ejercicios, reducción de sal y grasa en la dieta, deshabitación tabáquica, control del peso corporal, entre otros).
 - Adherencia al tratamiento (el paciente refiere cumplir el tratamiento según lo indicado por el médico).
 - Ausencia de síntomas, signos o alteraciones en las revisiones complementarias que indiquen LOD.
- b) No controlado. Cuando:
 - Las cifras de PA han sido mayores de 140-150/90 mmHg en el 70% o más de las evaluaciones del último año.
 - No se ha logrado modificación del estilo de vida.
 - No existe adherencia al tratamiento.
 - En los seguimientos se detecta LOD.

Para la valoración del enfoque terapéutico integral al paciente hipertenso se determinaron dos clases:

- a) Adecuado: Si el enfoque terapéutico estuvo en correspondencia con el RCV del paciente (tratamiento farmacológico y no farmacológico) y si en la elección del tratamiento se tuvo en cuenta la situación específica de cada adulto mayor, las contraindicaciones de los medicamentos, sus dosis y combinaciones sinérgicas.
- b) Inadecuado: Si no se tuvieron en cuenta las consideraciones previas.

Obtención y procesamiento de la información

Para la obtención del dato primario se emplearon los registros de estadística del área de salud y la revisión de historias de salud familiar e historias clínicas individuales de cada paciente, consideradas fuentes secundarias de este estudio.

La información recolectada fue procesada en una computadora personal Core i3 y se creó una base de datos en el programa SSPS 11.5 para Windows, que facilitó el análisis de los resultados. Se utilizaron las aplicaciones del paquete de Office 2016 y se conformaron cuadros y gráficos que permitieron una adecuada valoración de la información. Como medida de resumen se usó la proporción.

Ética

El estudio fue aprobado por el comité de ética del área de salud. Se mantuvo la confidencialidad de los datos mediante la codificación de las variables y el uso exclusivo por parte de los investigadores. La información no se empleó para otros fines fuera del marco de la investigación y solo se ha utilizado la imprescindible de acuerdo con los propósitos del estudio.

RESULTADOS

Al estimar el RCV, el 56,3% de la población se ubicó en un nivel moderado (**Figura 1**). El 43,7% restante se consideró con un alto riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares en los próximos 5 a 10 años. No hubo adultos mayores clasificados en el grupo de bajo riesgo.

Todos los participantes en el estudio (100%) recibieron un tratamiento combinado (farmacológico y

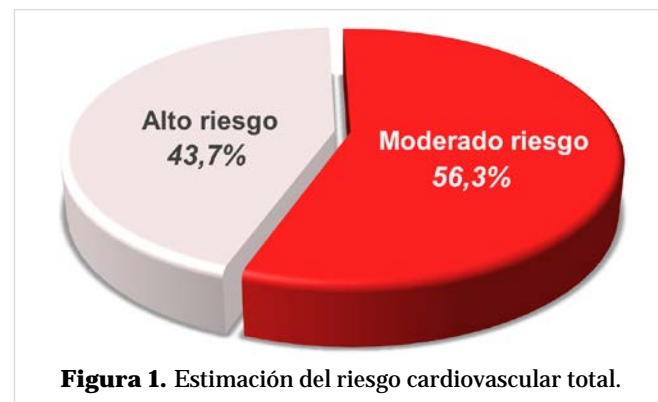


Figura 1. Estimación del riesgo cardiovascular total.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según estrategia terapéutica (n=103).

Terapéutica	Nº	%
Monoterapia	21	20,3
Tratamiento farmacológico con 2 medicamentos	82	79,7
Tratamiento farmacológico con 3 medicamentos	19	18,4
Tratamiento no farmacológico solo	0	0,0
Tratamiento combinado (farmacológico y no farmacológico)	103	100,0
Tratamiento con estatinas en pacientes con RCV alto	2	1,9
Tratamiento con ASA en pacientes con RCV alto	13	12,6

ASA, ácido acetilsalicílico (siglas en inglés); RCV, riesgo cardiovascular

Tabla 2. Distribución de pacientes según control de la hipertensión arterial (n=103).

Criterios de Control	Sí		No	
	Nº	%	Nº	%
Cifras de presión arterial controladas	56	54,4	47	45,6
Adherencia al tratamiento	36	34,9	67	65,1
Lesión en órganos diana	7	6,8	96	93,2
Modificación de estilos de vida	32	31,1	71	68,9

Tabla 3. Evaluación del enfoque terapéutico según el riesgo cardiovascular.

Riesgo cardiovascular	Enfoque terapéutico				Total	
	Adecuado		Inadecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Moderado	21	36,6	37	63,7	58	56,3
Alto	13	28,8	32	71,2	45	43,7
Total	34	48,5	69	51,5	103	100

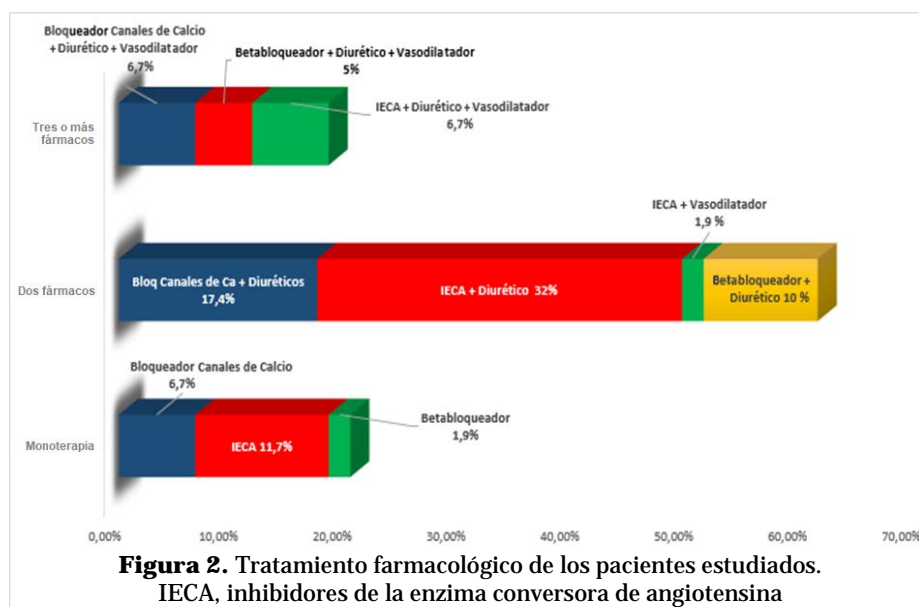


Figura 2. Tratamiento farmacológico de los pacientes estudiados. IECA, inhibidores de la enzima convertora de angiotensina

no farmacológico), y el 79,7% utiliza 2 medicamentos antihipertensivos (**Tabla 1**).

El fármaco más utilizado fue el inhibidor de la enzima convertora de angiotensina, empleado por el 52,3% de los pacientes, de manera individual o combinado con otros medicamentos (**Figura 2**).

Tras un año de seguimiento, la proporción de pacientes con cifras de PA normales en la mayor parte de las veces fue del 54,4%. Sin embargo, solo se alcanzó una adecuada adherencia terapéutica en un 34,9% de la población estudiada (**Tabla 2**). La modificación de estilos de vida solo se verificó en el 31,1% de los afectados, y el daño de órganos diana fue solo del 6,8%.

Al evaluar el enfoque terapéutico integral, según la guía cubana de HTA, se pudo apreciar que fue inadecuado en el 51,5% de los pacientes, lo cual incide en el alto RCV del 71,2% de los pacientes que fueron clasificados en esta categoría (**Tabla 3**).

DISCUSIÓN

El 56,3% de la población estudiada tenía un RCV moderado de presentar complicaciones cardiovasculares en los próximos 5 a 10 años y no hubo adultos mayores clasificados como bajo riesgo, según la presencia de FRC. Estos resultados contrastan con lo de otras investigaciones^{4,5}, donde utilizaron otros métodos de predicción y predominó el grupo de bajo riesgo.

González de Fe *et al.*⁶ calcularon el RCV global según las tablas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (AMR-A) para América Latina y el Caribe. En un contexto donde no se podía medir el colesterol sérico, la evaluación ubicó al 46% de la población en el nivel moderado de riesgo. Según las tablas de Gaziano, comentadas por estos mismo autores⁶, el RCV global fue moderado para un 47,71% de su población. Casado Méndez *et al.*⁷, calcularon el RCV global según ambos modelos y encontraron un riesgo moderado de 49,2%, según las tablas AMR-A, que ascendió al 51,3% —en la misma población— al aplicar las tablas propuestas por Gaziano. En cambio, Romero Paredes *et al.*⁸, encontraron un alto riesgo RCV en la tercera parte de los individuos estudiados, sin diferencias significativas en relación con las categorías de riesgo medio y bajo.

La estimación del RCV en la población cubana y la determinación de su distribución constituyen elementos básicos para la planificación e implementación de acciones preventivas y de control. Sin dudas, ello redundará en una disminución de la morbilidad y mortalidad de la enfermedad cerebrovascular¹.

La evaluación del RCV global es el método más adecuado para abordar la enfermedad aterosclerótica. Cuando varios factores de riesgo se asocian tienen un efecto multiplicativo, de modo que un individuo con varios de ellos, aun catalogados como leves, puede tener un riesgo de enfermedad vascular isquémica superior al individuo que presenta un único factor grave. El tratamiento y control del riesgo —o del conjunto de factores de riesgo— de padecer una determinada enfermedad, debe estar basado en la distribución individual y poblacional del riesgo analizado. Su control ofrece mayores beneficios para la salud cardiovascular que el manejo de un solo factor. Por lo tanto, el seguimiento del paciente con HTA debe estar enfocado no solo al control de las cifras de PA, sino también a la disminución de su RCV¹.

En muchas ocasiones la modificación de los estilos de vida resulta la terapia más apropiada y debe ser sostenible, ya que reduce las cifras de PA, las complicaciones asociadas y ayuda a potenciar la acción de los fármacos antihipertensivos. No obstante, se debe reconocer que es una actividad compleja y que, para lograrla, se requieren múltiples esfuerzos. El médico debe ser un buen comunicador, tener los conocimientos suficientes, además de la habilidad para transmitirlos e incentivar así la adherencia terapéutica.

La base principal del tratamiento de la HTA es una combinación de modificaciones del estilo de vida y la intervención farmacológica. Según la adaptación española de las guías europeas de 2016 para la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica^{8,9}, la decisión de iniciar el tratamiento farmacológico dependerá no solo del nivel de PA, sino también del RCV. El principal beneficio del tratamiento antihipertensivo deriva de la reducción de la PA, independientemente del fármaco utilizado. Puede iniciarse con diuréticos tiazídicos o similares a las tiazidas (indapamida, clortalidona), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de los receptores de angiotensina 2, bloqueadores de los canales de calcio o betabloqueantes. Hay evidencia del beneficio de añadir una estatina en los pacientes con RCV alto, con LOD y diabéticos, independientemente de los niveles de colesterol sérico¹. Sin embargo, en la investigación que se presenta, solo a un pequeño grupo de pacientes se le indicó este medicamento, lo que evidencia desconocimiento por parte de los médicos acerca de la utilización del fármaco.

Una situación similar se observó con la aspirina, aunque estaba indicada en un porcentaje mayor de pacientes. Los beneficios del tratamiento antiplaquetario en prevención secundaria, especialmente con ácido acetilsalicílico a bajas dosis, son bien conocidos; pues se ha demostrado una reducción significativa en todas las causas de mortalidad cardiovascular. Se recomienda indicar 75-125 mg/día de este medicamento a todos los pacientes con RCV alto, pero solo administrarlo cuando la PA está bien controlada¹. No se recomienda en hipertensos con RCV moderado o bajo. En la investigación que se presenta, la proporción de pacientes que utilizaban ASA y estatinas fue baja, pues todos aquellos con RCV alto (43,6%) debían consumirlos y solo lo tenía indicado un 14,5%. No obstante, las guías europeas siguen sin recomendar la utilización de fármacos antiplaquetarios en prevención primaria, por el riesgo aumentado de hemorragias en pacientes sin enfermedad cardiovascular demostrada⁹.

El tratamiento farmacológico requerido no debe limitarse por la edad sino por su beneficio demostrado. La elección de los fármacos estará en función de una valoración integral del anciano al considerar sus comorbilidades y la farmacoterapia coexistente¹⁰. Es importante señalar que algunos de los ancianos que no alcanzaron la adherencia terapéutica y el control de las cifras de PA, vivían solos o con sus parejas; otros pasan la mayor parte del tiempo solos

en casa, mientras el resto de la familia estudia o trabaja, por lo que muchas veces olvidan tomar los medicamentos o lo hacen de forma irregular.

La modificación de estilos de vida solo fue posible en un 31% de los afectados, pues la edad avanzada y la presencia de comorbilidades en algunos pacientes dificultaron su participación en actividades comunitarias planificadas. Sin embargo, se logró que algunos realizaran ejercicios físicos en su hogar y que otros recibieran ejercicios pasivos por parte sus familiares. Los fumadores tenían la adicción muy arraigada, habían iniciado el hábito en edades muy jóvenes, por lo que fue muy difícil eliminarla.

De igual forma, los hábitos alimentarios son muy difíciles de modificar en esta población, por la fuerza de las propias costumbres y por el poder adquisitivo familiar; pues, alimentos como las frutas y vegetales, tienen altos precios y escasean en el mercado. No obstante, se recomendaron ciertas formas de preparación de los alimentos que sí fueron acatadas por los pacientes y sus familias, como eliminar la piel del pollo, usar lo menos posible la grasa animal, cortar vegetales para ensaladas de forma longitudinal y en el momento de servirlos, y cocer los vegetales durante el menor tiempo posible y con escasa cantidad de agua; aspectos estos que mejoran la disponibilidad de los nutrientes que contienen.

Los principales órganos diana afectados, encontrados en un 6,7% de los pacientes, fueron el corazón (insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica), el riñón (enfermedad renal crónica) y el cerebro (enfermedad cerebrovascular isquémica). En este sentido, solo se pudo considerar controlado al 31% de los enfermos, en quienes se demostró normalización de las cifras de PA, modificación del estilo de vida, cumplimiento del tratamiento y ausencia de LOD. Con estos resultados y, según recomienda la guía cubana de HTA¹, una vez alcanzado el control de la enfermedad y evaluado el riesgo de sufrir un evento cardiovascular, se debe sistematizar —al menos cada 2 años— la evaluación de los FRC y la LOD asintomática en pacientes con riesgo moderado. En el caso de aquellos considerados de alto riesgo, la revisión deberá ser anual¹.

El hallazgo de una PA elevada en un paciente que haya logrado su control, siempre debe llevar al médico a investigar las causas, particularmente las más comunes, como la falta de adherencia terapéutica, la persistencia del efecto de bata blanca y el consumo ocasional o regular de fármacos y sustancias que la aumentan o contrarrestan los efectos del tratamiento antihipertensivo. Esta situación requiere

que se interroge al paciente (y a sus familiares) y se repitan las mediciones de la PA para atenuar la respuesta inicial de alerta.

Según Campos-Nonato *et al.*¹¹, la prevalencia de hipertensos con PA controlada en México es de 45,6%; considerablemente más baja que la de países como Cuba (85,8%), Estados Unidos (65,4%) y Chile (56,8%), donde los sistemas de salud utilizan a médicos especialistas en el tratamiento de la HTA y en la mejora de la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas por parte de los pacientes.

Chacón *et al.*⁹, encontraron un control satisfactorio de la PA (<140/90 mmHg) en el 56,5% de sus pacientes y una adherencia terapéutica de 37,3%. La edad y la presencia de obesidad, colesterol total elevado, tratamiento múltiple (≥ 2 fármacos), inadecuada relación médico-paciente, elevado nivel de estrés emocional y depresión, consumo problemático de alcohol y estilo de vida sedentario fueron cuestiones asociadas a la PA no controlada. La no adherencia al tratamiento se asoció con las siguientes variables: sexo masculino, bajo ingreso familiar, bajo nivel educacional, inadecuada relación médico-paciente, y alto nivel de estrés emocional y depresión.

En Estados Unidos, el control de la HTA en los pacientes tratados disminuye con el incremento de la edad. Solo se encuentra controlado el 53% de los hipertensos entre 60-69 años de edad, 37% de los comprendidos entre 70-79 y solo un 31% de los que tienen más de 80 años¹². En los países en vías de desarrollo la situación es aún más crítica; por ejemplo, en la India y Bangladesh, solo se conocía un 44% de los hipertensos y de estos solo estaba controlado un 23%. Según Zacarías *et al.*¹², en el estudio InterAsia, se encontró que solo el 46% de los hipertensos con más de 65 años eran conocidos, solo estaba tratado un 31,9% y, únicamente, un 9% estaban tratados y controlados. En Europa, independientemente de la región geográfica, el nivel económico o la sofisticación de la asistencia sanitaria, solo un 40% de los pacientes con HTA reciben tratamiento; de estos, solo un 35 % tiene controlada la PA con cifras <140/90 mmHg. Se consideran varios motivos: efectividad del tratamiento farmacológico, inercia médica o terapéutica (ausencia del adecuado ajuste del tratamiento), poca adherencia terapéutica, uso insuficiente de tratamiento combinado y complejidad de las estrategias actuales de tratamiento.

En la investigación que se presenta, a pesar de la baja adherencia terapéutica (34,9%), el 54,4% del total de pacientes logró cifras de PA en rango nor-

mal, lo cual pudiera estar relacionado con cambios en los estilos de vida y el control médico sistemático. Estos resultados coinciden con los de Chacón *et al.*⁹, quienes analizaron la relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la PA, y no encontraron una asociación predecible¹⁰. Royo-Bordonada *et al.*⁹, por su parte, demostraron una disminución de la adherencia terapéutica en los individuos de alto riesgo y en pacientes con enfermedad cerebrovascular; de ahí que recomienden simplificar el régimen de tratamiento, evaluar su adherencia e identificar las causas de las irregularidades consecuentes para adaptar mejor las intervenciones futuras. Justamente, Zacarías *et al.*¹², destacaron el número elevado de nuevos diagnósticos de FRC y la baja efectividad en relación a su control.

Por otra parte, Díaz Piñera *et al.*¹³ encontraron 60,3% de adherencia al tratamiento y muchos pacientes que expresaron hasta cuatro razones para la no ingestión diaria de los medicamentos, entre ellas: olvido (83,5%), efectos colaterales indeseados (21,5%), falta de tiempo (11,6%) y dificultad para obtenerlos (11,3%). Asimismo, Vilchez Calle¹⁴ encontró en su investigación que, del 74% de los pacientes con HTA bajo control médico, solo el 51% había logrado normalizar la PA y un 35% había abandonado el tratamiento debido a: creerse ya curados (62%), los efectos secundarios de los medicamentos (29%), el costo del tratamiento (10%).

En la mayoría de los países existen deficiencias con relación a la adherencia terapéutica de los pacientes con HTA, situación de la que Cuba no está exenta, independientemente del cuestionario que se utilice para medirla. Estas deficiencias pueden corresponderse con omisiones en las orientaciones brindadas al paciente sobre la dosis y frecuencia de los medicamentos, la prolongación del tratamiento, la edad del enfermo y el deterioro cognitivo asociado, la evolución asintomática de la enfermedad, los hábitos y estilos de vida inadecuados, el error médico, la ausencia de seguimiento sistemático y la negación al tratamiento por parte del paciente.

Ramírez-Palacios *et al.*¹⁵, encontraron falta de control de las cifras de PA en los adultos mayores de su estudio, aunque no tuvieron en cuenta las causas; no obstante, sí definieron que la asociación de diabetes mellitus o enfermedad renal crónica, con la HTA, contribuyó a mantener cifras elevadas de PA diastólica. La LOD, a pesar de ser encontrada en pocos de sus pacientes, demuestra el daño que produce la HTA mal controlada y la necesidad del beneficio que brinda el tratamiento.

Por otra parte, recibir tratamiento farmacológico no garantiza tener un mejor control de la HTA, ya que —como se evidenció en la investigación que se presenta— solo alrededor del 50% de los que lo reciben presenta cifras de PA dentro del rango de la normalidad. Por ello es importante enfatizar en la modificación de otros FRC asociados como: obesidad, hábito de fumar, ingestión de altos volúmenes de sodio, inactividad física y sedentarismo. Estos elementos, además de dificultar su control, aumentan el riesgo de complicaciones. Se requiere, también, mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y la capacitación del sector médico, en especial en la atención primaria de salud, para el adecuado tratamiento y control de los pacientes con HTA.

En la bibliografía consultada no se encontraron fuentes que evaluaran el enfoque terapéutico de esta enfermedad, basado las nuevas guías cubanas, por lo que fue imposible comparar este resultado con otros estudios en nuestro país.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación demuestran que el enfoque terapéutico integral en los hipertensos analizados fue inadecuado. Aplicar adecuadamente la guía cubana de esta enfermedad garantiza la mejor calidad en la atención a estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Cuban Med [Internet]. 2017 [citado 18 Sep 2019];56(4):242-321. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf>
2. Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet. Rev Esp Cardiol. 2016;69(6):572-8. [DOI]
3. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2020.
4. Armas Rojas N, Dueñas Herrera A, Suárez Medina R, Llerena Rojas L, de la Noval García R, Varona Pérez P, et al. Estimación del Riesgo Cardio-

- vascular Global en el Municipio Colon. Matanzas, Cuba. Rev Cuban Cardiol [Internet]. 2017 [citado 17 Mar 2021];22(3). Disponible en: http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/656/pdf_57
5. Armas N, de la Noval R, Dueñas A, Castillo J, Suárez R, Castillo A. Estimación del riesgo cardiovascular mediante tablas de la Organización Mundial de la Salud. Área de salud "Héroes del Moncada". Rev Cuban Cardiol [Internet]. 2014 [citado 17 Mar 2021];20(1). Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/357/539>
 6. González de la Fé R, Casado Méndez P, Santos Fonseca R, Mustelier Sánchez R, Remón Elías M. Evaluación del riesgo cardiovascular global en población adulta del Consultorio Médico 21. MULTIMED [Internet]. 2017 [citado 18 Mar 2021]; 21(6). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/673/1045>
 7. Casado Méndez PR, López Labrada R. Evaluación del riesgo cardiovascular global en el área de salud N° 33. MULTIMED [Internet]. 2012 [citado 21 Mar 2021];16(Supl 1). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/641/1033>
 8. Romero Paredes MC, Reinoso Barbero L, González Gómez MF, Capapé Aguilar A, Bandrés Moya F. Factores de riesgo cardiovascular en una población de trabajadores del mar de España. Arch Prev Riesgos Labor [Internet]. 2016 [citado 21 Mar 2021];19(4):215-21. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/aprl/v19n4/original1.pdf>
 9. Royo-Bordonada MÁ, Armario P, Lobos Bejarano JM, Pedro-Botet J, Villar Álvarez F, Elosua R, et al. Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Gac Sanit. 2017; 31(3):255-68. [DOI]
 10. Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, Romero T. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. Rev Chil Cardiol. 2015; 34(1):18-27. [DOI]
 11. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza-Tobías A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Publica Mex. 2018;60(3):233-243. [DOI]
 12. Zacarías A, Narváez J, Rodríguez Moreno J, Jordana M, Nolla JM, Gómez Vaquero C. Evaluación de una intervención sobre los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide. Med Clin (Barc). 2016;147(3):109-12. [DOI]
 13. Díaz Piñera A, Rodríguez Salvá A, García Roche R, Carbonell García I, Achiong Estupiñán F. Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. Rev. Finlay [Internet]. 2018 [citado 25 Mar 2021];8(3):180-9. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/621/1684>
 14. Vilchez Calle JA. Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD-Piura, Enero a Diciembre 2017 [Tesis]. Perú: Universidad Nacional de Piura [Internet]; 2018 [citado 26 Mar 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1219>
 15. Ramírez-Palacios P, Gallegos-Carrillo K, Galicia-Naranjo M, Antúnez-Albarrán D, Montes-Alvarado J, Durán-Arenas L. Reorganización y manejo clínico para el control de la hipertensión en el primer nivel. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018; 56(Suppl 1):S26-S37.