

Comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en el Policlínico Julio Antonio Mella de Guanabacoa

Epidemiological Behavior of Hypertension at Julio Antonio Mella Polyclinic in Guanabacoa

Geominia Maldonado Cantillo¹ <https://orcid.org/0000-0002-7831-6780>

Addys María Díaz Piñera¹ <https://orcid.org/0000-0002-8727-2951>

Armando Jorge Rodríguez Salvá¹ <https://orcid.org/0000-0002-7796-4276>

Milenia León Sánchez² <https://orcid.org/0000-0001-8634-9366>

Alfredo Pestano Cossío² <https://orcid.org/0009-0005-6451-5171>

¹Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

²Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. Guanabacoa, La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: geominia@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte prematura en el mundo y entre los factores de riesgo modificables más prevalentes se encuentra la hipertensión arterial, que es la tercera causa de muerte en el mundo, atribuyéndosele una de cada 8 muertes a nivel global.

Objetivo: Caracterizar la muestra de personas hipertensas que fueron seguidas desde el año 2019 a las que se le aplicó el mismo cuestionario para verificar el comportamiento de las brechas estudiadas.

Métodos: Se realizó una investigación descriptiva transversal, en marco del proyecto Intervención multicomponente para la reducción de las brechas en el proceso de atención y control de la hipertensión arterial en el Policlínico Julio Antonio Mella, 2022-2025.

Resultados: Las personas mayores de 65 años y las mujeres fueron las más afectadas por la hipertensión arterial, la inactividad física es el factor de riesgo presente en ambos sexos, la diabetes *mellitus* y la hipercolesterolemia estuvieron dentro de las co-morbilidades más frecuentes mostradas. El enalapril y la hidroclorotiazida son los fármacos prescritos en más de la mitad de los pacientes. La adherencia al tratamiento es importante en el control de la enfermedad.

Conclusiones: Las personas mayores de 65 años y las mujeres son las más afectadas, la inactividad física tiene un peso importante dentro de los factores de riesgos analizados en ambos sexos. La diabetes *mellitus* y las dislipidemias son las co-morbilidades más frecuentes y el control de la enfermedad depende fundamentalmente de la adherencia del paciente al tratamiento indicado, en el cual la multiterapia tiene un rol fundamental.

Palabras clave: hipertensión arterial; enfermedad cardiovascular; factores de riesgo cardiovascular.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are the leading cause of premature death worldwide, and hypertension is among the most prevalent modifiable risk factors. Hypertension is the third leading cause of death globally, accounting for one in eight deaths worldwide.

Objective: To characterize the sample of hypertensive individuals followed since 2019, who were administered the same questionnaire to verify the behavior of the gaps studied.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted within the framework of the project "Multicomponent Intervention for Reducing Gaps in the Process of Care and Control of Hypertension at Julio Antonio Mella Polyclinic, 2022-2025."

Results: Individuals over 65 years of age and women were the most affected by hypertension; physical inactivity is a risk factor present in both sexes. Diabetes mellitus and hypercholesterolemia were among the most frequent comorbidities. Enalapril and hydrochlorothiazide were prescribed in more than half of the patients. Treatment adherence is important for disease control.

Conclusions: People over 65 years of age and women are the most affected. Physical inactivity is a significant risk factor analyzed in both sexes. Diabetes mellitus and dyslipidemia are the most frequent comorbidities, and disease control depends primarily on patient adherence to the prescribed treatment, in which multitherapy plays a fundamental role.

Keywords: hypertension; cardiovascular disease; cardiovascular risk factors.

Recibido: 01/04/2025

Aceptado: 02/05/2025

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte prematura en el mundo, entre las que se incluyen el infarto agudo de miocardio (IMA), accidente cerebrovascular (ACV) isquémico o hemorrágico y enfermedad vascular periférica. La hipertensión arterial de larga duración causa daño orgánico y, en última instancia, enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y renal sintomática, todas ellas grandes contribuyentes a la carga mundial de morbilidad de enfermedades crónicas⁽¹⁾

La hipertensión arterial (HTA) es el más importante factor de riesgo modificable para todas las causas de mortalidad y morbilidad cardiovascular a nivel mundial. Se estima que 1 280 millones de personas en todo el mundo, de entre 30 y 79 años, padecen hipertensión arterial; la mayoría, dos tercios residen en países de ingresos bajos y medios.⁽²⁾

La HTA es definida por la Comisión Nacional Técnica Asesora el Programa de Hipertensión Arterial como la elevación de la presión arterial sistólica (PAS) a 140 mmHg o más, o presión arterial diastólica (PAD) a 90 mmHg o más, o ambos valores inclusive.⁽³⁾

En el mundo la prevalencia de la HTA oscila entre el 30 % y 45 % de la población general, independiente de la zona geográfica o el nivel económico del país.⁽¹⁾ La prevalencia de este padecimiento según la I Encuesta Nacional de Salud realizada en Cuba, durante los años 2018-2019, fue de 37,3 %, superior en las mujeres con 40,2 %, tanto a nivel global como en ambas áreas geográficas. Predominaron los hipertensos de ambos sexos en las áreas urbanas y la misma incrementó su prevalencia en la medida que aumentaba la edad.⁽⁴⁾

Está suficientemente probado que existe una relación continua e independiente de otros factores de riesgo, entre los valores de presión arterial (PA) y las complicaciones cardiovasculares y renales, lo que se cumple para todas las edades y los grupos étnicos. Para personas entre 40 y 70 años, cada incremento de 20 mmHg en la presión arterial sistólica o 10 mmHg en la presión arterial diastólica duplica el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.⁽³⁾

La Asamblea de la Organización de Naciones Unidas propuso como prioridad para sus estados miembros, implementar programas que permitan disminuir en 25 % la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles hasta el año 2025, iniciativa conocida como 25 X 25, de cuya implementación se han encargado la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial del Corazón, a través de programas efectuados por los Ministerios de Salud, de cada país miembro junto con la colaboración de Sociedades Científicas.⁽⁵⁾

En Cuba, según el Anuario Estadístico de Salud, en el 2023 se elevó el reporte de la prevalencia por el otorgamiento de tratamientos para la HTA, cuya tasa fue de 238,1 por cada 1 000 habitantes, en tanto se reportaron 6 382 defunciones por causa de enfermedades hipertensivas.⁽⁶⁾

El poco apego a tratamiento (ejecutar cambios del modo de vida, seguir un régimen alimentario y tomar el medicamento) 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 manejo adecuado y control de la hipertensión arterial logra salvar vidas y reducir las limitaciones funcionales y la discapacidad en las personas que la padecen.

Esta investigación tuvo el objetivo de caracterizar la muestra de personas hipertensas que fueron seguidas desde el año 2019 a las que se le aplicó el mismo cuestionario para verificar el comportamiento de las brechas estudiadas.

Métodos

Se realizó una investigación descriptiva transversal, en marco del proyecto Intervención multicomponente para la reducción de las brechas en el proceso de atención y control de la hipertensión arterial en el Policlínico Julio Antonio Mella, en período comprendido entre 21 de junio al 31 de septiembre de 2022; con el objetivo de caracterizar la muestra de personas hipertensas que fueron seguidas desde el año 2019, a las que se le aplicó el mismo cuestionario para verificar el comportamiento de las brechas estudiadas.

El universo estuvo constituido por los pacientes hipertensos pertenecientes a los 10 Consultorios del Médico de Familia (CMF), seleccionados y estudiados previamente del área de salud.

Se incluyeron en la investigación los participantes de la encuesta que cumplieron con los siguientes criterios: haber participado en el estudio previo (2019), tener 35 años o más, dar su consentimiento para participar de la encuesta, residir de forma permanente en el área de salud. Para los criterios de exclusión se tuvo en cuenta, aquellas personas que en el período transcurrido hayan presentado alguna enfermedad mental que le imposibilitó responder el cuestionario.

Se utilizaron como fuentes de información: la historia clínica familiar (ficha de dispensarización) y la historia clínica individual.

Para la recolección de la información se utilizaron los instrumentos: encuesta brechas en el cuidado y control de paciente hipertenso, en el municipio de

Guanabacoa; el consentimiento informado para los participantes a la encuesta “Brechas en el cuidado y control de hipertensión arterial en Habana-Cuba” antes de la implementación de la intervención.

Se aplicó una encuesta que incluía variables de interés (edad, sexo, comorbilidad referida, factores de riesgo referidos o despenalizado por el médico de familia, tratamiento farmacológico, adherencia al tratamiento), construido y validado en el marco del proyecto.

La adherencia se evaluó con el *test* de Morisky, Green y Levine. Consistente en una serie de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del paciente. respecto al cumplimiento del tratamiento farmacológico. Se consideró adherente a la persona que responde “no” a las cuatro preguntas, en tanto si contesta “sí” en todas las preguntas, se clasifica como adherente.

Así como la medición de la presión arterial, antes, durante y al final de la entrevista. Se desechó la primera medición y se realizó el promedio de la segunda y la tercera. Dicho promedio se utilizó para clasificar al paciente en hipertensos controlados y no controlados. Se consideró como controlado a los pacientes que tenían valores igual o inferiores a 140/90 mmHg y en el caso que el paciente era diabético y/o con enfermedad renal 130/85 mmHg.⁽³⁾

Para la medición de la presión arterial se tuvo en cuenta los requisitos como personal capacitado que realizó las mediciones de la PA, con la utilización del esfigmomanómetro digital Omron M6Comfort (HEM-7321-E), validado para su uso en la práctica clínica, cumpliendo las recomendaciones para la medición de la presión arterial.⁽⁷⁾

- _ Descansó 5 min antes de que se le midiera la presión arterial y sin haber realizado ejercicios físicos intensos, fumado o ingerido comida, cafeína o bebidas alcohólicas por lo menos 30 min antes de la medición, estar sentado y con el brazo apoyado a nivel del corazón.
- _ La persona que se quedó quieta, respirando normalmente, sin hablar, reír o utilizar el teléfono móvil.
- _ Después de encender el monitor con el botón de encendido/apagado, presionó el botón de inicio para comenzar la medición.
- _ El manguito comenzó a inflarse.
- _ Cuando se completó la lectura, la presión sistólica, la presión diastólica y la frecuencia del pulso apareció en la pantalla del monitor.
- _ Si el equipo no registra la lectura, se volvió a colocar el brazalete e inténtelo después de 2 minutos, repitiendo los pasos anteriores.

- _ El manguito de goma del esfigmomanómetro cubrió por lo menos 2/3 partes de la circunferencia del brazo, el que estaba desnudo.

Si la diferencia entre estas difiere en 5 mmHg se verificó en el brazo contralateral y se tomó la lectura más elevada.

Para llevar a cabo toda la información se creó una base de datos al efecto y se utilizó el paquete estadístico Statistical Package Social Science (SPSS) versión 22.0. Se confeccionaron tablas y gráficos estadísticos de barras múltiples para la representación e interpretación de los resultados. Se aplicó la prueba de ji al cuadrado (χ^2) en las tablas de contingencia 2 X 2, buscando la asociación entre las variables estudiadas y el sexo de las personas.

En cuanto a las consideraciones éticas todas las personas incluidas en el estudio 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,⁽⁸⁾ del año 2013, para el desarrollo de investigaciones en los seres humanos, además se contó con la aprobación del Consejo Científico y la Comisión de ética del INHEM. Para la realización de esta investigación.

Resultados

En ambos sexos el 63,8 % son mayores de 65 años, sin evidenciar las diferencias estadísticamente significativas en ambos sexos, el 67,7 % eran del sexo femenino (tabla 1).

Tabla 1- Pacientes hipertensos según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
35- 55	27	14,1	12	13,2	39	13,8
56- 64	43	22,5	20	22,0	63	22,3
65 y más	121	63,4	59	64,8	180	63,8
Total*	191	67,7	91	32,3	282	100,0

$\chi^2 = 0,069$ $p = 0,966$ *% con relación al total de pacientes.

Los factores de riesgo presentados en los pacientes hipertensos según el sexo. La inactividad física está presente en el 62,8 % de las mujeres y en el 51,6 % de los hombres. La ingestión de bebidas alcohólicas se encontró en el 16,2 % de las féminas y 40,6 % de los hombres, mientras que el hábito de fumar estuvo presente en el 31,9 % de las mujeres y en el 24,2 % de los hombres (fig.1).

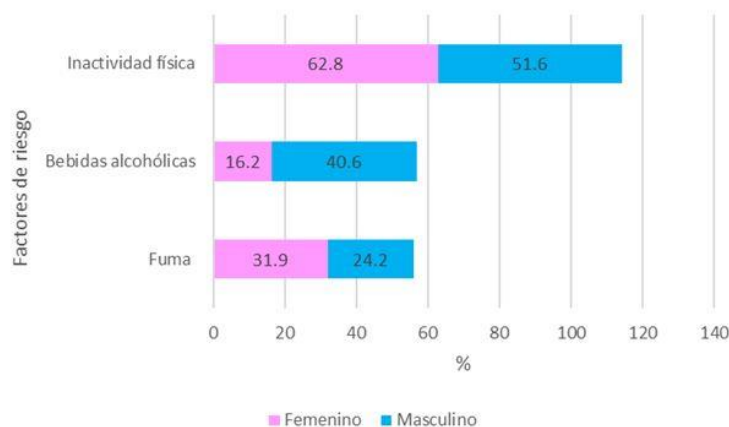


Fig. 1- Pacientes hipertensos según factores de riesgo y sexo.

Las comorbilidades referidas según sexo, es la diabetes *mellitus* la del mayor porcentaje con un 44,0 % y 36,3 % para el sexo femenino y masculino respectivamente. Seguido de la hiperlipidemia con un 14,1 % y 8,8 %, enfermedad renal crónica con 4,2 % y 2,2 % para el sexo femenino y masculino respectivamente.

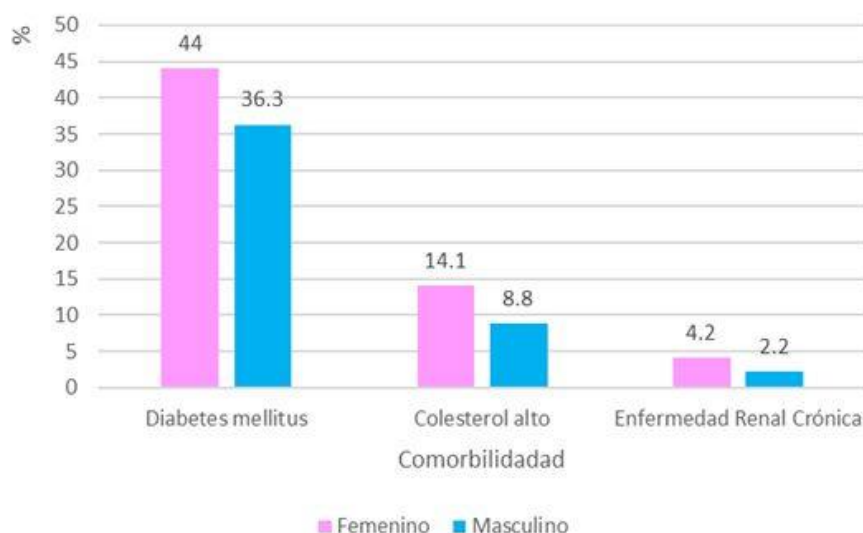


Fig. 2- Pacientes hipertensos según comorbilidad y sexo.

De los 282 pacientes, se realizó seguimiento en el último año, a 187 (66,3 %), lo que existió un mayor por ciento en el sexo femenino 129 (69 %) y solo a 58 (32,4 %) del sexo masculino. Sin embargo, a 275 (97,5 %) se le midió la PA en el último año, fue mayor en las féminas con 186 para un 67,6 %.

El 98,4 % y 97,8 % de los pacientes hipertensos estudiados tenían indicado al menos un medicamento antihipertensivo, el 62,3 % y 52,8 % dos medicamentos, 10,5 % y 5,5 % tenían prescrito 3 medicamentos en el sexo femenino y masculino, respectivamente (fig. 3).

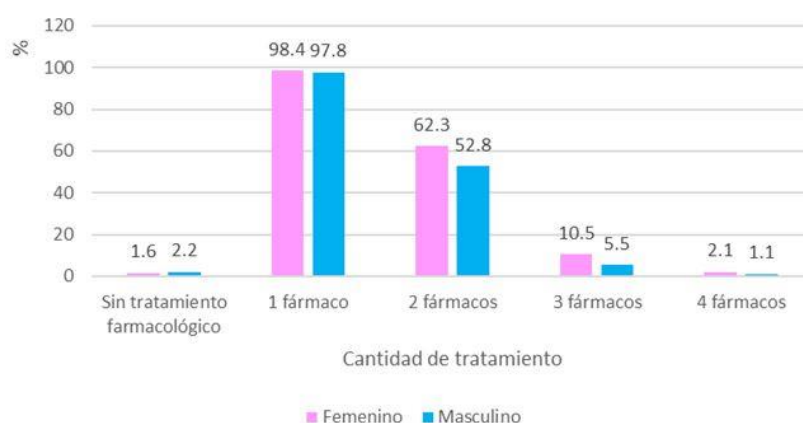


Fig. 3- Pacientes hipertensos según número de medicamentos utilizados y sexo.

Medicamentos prescritos que refirieron los pacientes según el sexo. Más de la mitad (50,7 %) consumen enalapril, seguido de hidroclorotiazida con un 48,2 % y el captopril 22,3 % en ambos sexos. En relación con el sexo, predominó el enalapril con 50,3 % y 51,6 % para el sexo femenino y masculino respectivamente. La hidroclorotiazida es más empleada en el sexo femenino con un 52,4 % *versus* 39,6 % en el masculino (tabla 2).

Tabla 2- Pacientes hipertensos según medicamento y sexo

Medicamentos	Femenino		Masculino		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Enalapril	96	50,3	47	51,6	143	50,7
Hidroclorotiazida	100	52,4	36	39,6	136	48,2
Captopril	48	25,1	15	16,5	63	22,3
Amlodipino	31	16,2	15	16,5	46	16,3
Atenolol	16	8,4	10	11,0	26	9,2

Clortalidona	9	4,7	7	7,7	16	5,7
Nifedipina	7	3,7	0	0,0	7	2,5
Propanolol	2	1,0	0	0,0	2	0,7
Losartan	0	0,0	2	2,2	2	0,7
Metildopa	1	0,5	1	1,1	2	0,7
Diltiazem	0	0,0	1	1,1	1	0,4
Espironolactona	1	0,5	1	1,1	2	0,7
Verapamilo	1	0,5	0	0,0	1	0,4
Furosemida	1	0,5	0	0,0	1	0,4

El 72,3 % de los hipertensos adheridos al tratamiento antihipertensivo se encuentran controlados, de ahí su importancia en el control de la enfermedad, aunque no se encontró asociación estadísticamente significativa (tabla 3).

Tabla 3. Pacientes hipertensos según de control y adherencia al tratamiento

Control	Adherencia				Total	
	Adherido		No adherido			
	n.º	%	n.º	%	n.º	%*
Controlado	149	72,3	57	27,7	206	74,6
No controlado	51	72,9	19	27,1	70	25,4
Total	200	72,5	76	27,5	276	100,0

* Nota aclaratoria: % con respecto al total de pacientes que reciben algún tratamiento antihipertensivo.

$$\chi^2 = 0,007 p = 0,932.$$

Discusión

Los resultados de la presente investigación concuerdan con los de Figueredo y otros⁽⁹⁾ en un estudio descriptivo, de corte transversal, de pacientes con HTA, quienes pertenecían al Consultorio Médico de la Familia (CMF) 4, del municipio de Niquero, provincia de Granma, desde junio de 2021 hasta junio de 2022; estudiaron a 370 pacientes de 18 y más años de edad; en el que se encontró un predominio de

los grupos etarios de 40-59 (37,6 %) y 60-79 (36,5 %) años. El sexo femenino fue el más frecuente (58,4 %).

No así, con los resultados de autores como Romero y otros⁽¹⁰⁾ en la ejecución de una encuesta de base poblacional con representación nacional, departamental y por área urbano y rural, que recopila información sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y el acceso a servicios diagnósticos y de tratamiento en el Perú; en el cual encontró mayor prevalencia de HTA en hombres con una diferencia de 6,4 puntos porcentuales. Pero esta concuerda en otras variables como la edad, planteando que el aumento de la presión arterial se hace evidenciable en la adolescencia, persistiendo en la adultez, e incrementándose en la etapa adulta mayor, y encontró asociación positiva entre IMC e HTA, fue el sobrepeso y la obesidad, los factores de mayor prevalencia.⁽¹⁰⁾

Santos Casado Pérez, en su capítulo de hipertensión arterial del libro de salud cardiovascular, señala que la incidencia de esta en España, en la población adulta, es muy elevada, alcanzando en nuestro medio a más del 20 % de la población. Si recordamos que la PA sube de forma natural con la edad, entendemos que la HTA es mucho más frecuente en las personas mayores. La prevalencia en las mujeres es más baja que en los varones antes de la menopausia.⁽¹¹⁾

El estudio epidemiológico prospectivo urbano rural PURE, es un estudio poblacional en individuos de 35 a 70 años, que involucró comunidades urbanas y rurales de 17 países de ingresos altos, medios y bajos, con un total de 142 042 participantes, demostró una prevalencia global de HTA del 41,0 %, de los cuales solamente el 46,5 % eran conscientes de ser hipertensos, y de aquellos que eran conscientes del diagnóstico el 87,9 % recibía tratamiento farmacológico, pero solo una minoría (32,5 %) de quienes recibían tratamiento estaban controlados.⁽⁶⁾

Diversas investigaciones han planteado el aumento brusco de la presión arterial a partir de los 50 años en mujeres, al igual que los resultados en la presente investigación. Es conocido que la menopausia va de la mano con el incremento en la prevalencia de la HTA en las mujeres.⁽¹²⁾

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 HTA, como son la dislipidemia, obesidad, intolerancia a la glucosa y la diabetes *mellitus* tipo 2.⁽¹²⁾

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. El inicio de la HTA en la peri y posmenopausia temprana, se relaciona con el aumento de peso, a pesar de que se controle el peso, la

realización de la actividad física y el uso de terapia hormonal. Por otro lado, la menopausia aumenta la rigidez arterial relacionada a la edad, en la fase posmenopáusica temprana.⁽¹²⁾

La edad es un factor de riesgo, ya que al transcurrir los años y según los aspectos de la enfermedad, el número de fibras de colágeno en las paredes arteriales aumenta, pues hace que los vasos sanguíneos se vuelvan más rígidos. Al reducirse así la elasticidad, el área seccional del vaso se reduce, creando resistencia al flujo sanguíneo y como consecuencia compensadora, se aumenta la presión arterial.⁽¹²⁾

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, 42 % de la población es diagnosticada y tratada por HTA, pero solo 21 % tiene un adecuado control de la PA. En la región de las Américas la prevalencia promedio de HTA es de 18 %; en México durante el año 2022, 29,4 % de los adultos tenía hipertensión.⁽¹³⁾

Durante la realización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2020-2023, Campos Nonato y otros⁽¹⁴⁾ afirmaron que en adultos mexicanos mayores de 20 años de edad, la prevalencia de HTA fue de 29,9 % (27,6 % en mujeres y 32,5 % en hombres) y fue cuatro veces más alta en adultos con 40 años o más años (44,4 %) que en adultos de 20-39 (11,6 %).

Entre las personas diagnosticadas con hipertensión que tomaban regularmente fármacos antihipertensivos (75,3 %), solo 42,1 % tuvo valores de PA controlada. El 52,1 % de los adultos con hipertensión arterial no realiza ninguna medida no farmacológica para controlar la PA elevada, 69 % medía su PA al menos una vez al mes y 81,4 % tomaban regularmente su medicamento.⁽¹⁵⁾

La Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, la Fundación Colombiana del Corazón y la Asociación Colombiana de Medicina Interna, han priorizado las estrategias de erradicación del tabaquismo, control de la HTA y mejora de la prevención secundaria, a través del aumento de la disponibilidad y el acceso a medicamentos atribuible con beneficios probados para la prevención cardiovascular secundaria.^(13,16)

Perel y otros⁽¹⁷⁾ consideran que aunque no se conocen las causas específicas que provocan la hipertensión arterial, esta se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren, como la dieta con alto contenido de sal, grasa o colesterol, además de las condiciones crónicas (problemas renales y hormonales, diabetes *mellitus* y colesterol alto), antecedentes familiares de la enfermedad, falta de actividad física, vejez (mientras mayor sea la persona existe más probabilidad de padecerla), sobrepeso, obesidad, color de la piel, algunos medicamentos anticonceptivos, estrés y consumo excesivo de tabaco o alcohol.

El estilo de vida con bajo nivel de actividad física, alto consumo de sodio y tabaquismo pueden estar asociados con tener una PA elevada, por ello, hacer modificaciones del estilo de vida y tomar medicación antihipertensiva mejora el control de la PA.⁽¹⁸⁾ Sin embargo, los pacientes con hipertensión arterial pueden asumir que tomar medicamentos es suficiente para controlar la PA y no consideran necesario modificar su comportamiento.⁽³⁾

La práctica de medir la PA en el domicilio, si ello es posible, resulta muy útil para llevar a cabo un mejor seguimiento; además, podemos pesquisar la “hipertensión de bata blanca”, que indica que las cifras en las consultas médicas son más elevadas que cuando se le mide en casa; en algunas personas las diferencias son notorias, incluso por encima de los 30 mmHg para la sistólica. Si, a pesar de todo, persisten las dudas, puede estar indicado realizar una monitorización de la PA durante 24 h un día normal. Por este procedimiento también reducimos el influjo emocional.

Campos-Nonato y otros⁽¹⁶⁾ afirman que debido a que la HTA suele ser asintomática, la única forma de detectarla es midiendo periódicamente la PA, sin embargo, debido a que casi la mitad de los adultos no monitorea su PA, las personas con esta enfermedad son diagnosticadas después de varios años de la enfermedad o después de desarrollar un daño orgánico grave. El exceso de presión en las arterias sostenida durante años y no tratada, puede conducir a un número elevado de complicaciones como aterosclerosis, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal y accidente vascular cerebral.

El tratamiento de las personas hipertensas debe incluir medidas no farmacológicas, fármacos antihipertensivos para reducir las cifras de PA, así como fármacos para el tratamiento de las comorbilidades de existir. A pesar de las recomendaciones actuales para la utilización de terapia combinada incluso en personas con HTA grado I, solo el 30,8 % recibía terapia combinada con dos o más medicamentos antihipertensivos, situación que fue más grave en los países de ingresos bajos, lo que podría explicar por qué los países con ingresos altos tienen mejor control de la PA, y de alguna manera también en la mayor morbilidad por enfermedades cardiovasculares que se observa en los países de ingresos medianos.^(19,20)

En un estudio realizado por Chow y otros⁽²¹⁾ solo el 57,1 % eran conscientes del diagnóstico de HTA, el 52,8 % estaban siendo tratados, sin embargo, tan solo el 18,8 % estaban controlados, es decir que solo el 35,5 % de los hipertensos que recibían medicamentos tenían controlada su PA.

Según el colectivo de autores de la Guía Cubana de Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de la HTA para la atención primaria de salud elaborada en 2021, se

considera iniciar el tratamiento con fármacos desde el momento de confirmación del diagnóstico. Se emplea de elección la terapia combinada a bajas dosis según el protocolo propuesto. La intensidad del tratamiento se incrementa por pasos en correspondencia con los niveles de control alcanzados por el paciente.⁽⁸⁾

El estudio realizado en el 2017 en los mismos consultorios del área de salud, de los 976 hipertensos conocidos, tienen indicado tratamiento farmacológico el 97,6 %; pero solo 910 de ellos, 93,2 % consumían al menos un medicamento antihipertensivo, el 11,1 % dos y un 0,55 % la combinación de tres de ellos. Existió un mayor número de pacientes adheridos. El 86,1 % de los pacientes hipertensos adheridos al tratamiento estaban controlados, por lo que existió asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Fue 2,5 veces más probable estar controlados en aquellos que se encontraban adheridos al tratamiento.⁽²²⁾

Campos-Nonato y otros⁽¹⁶⁾ realizaron una investigación a partir de participantes en la Ensanut continua de 2020 a 2023 en adultos mayores de 20 años, describe que entre las personas diagnosticadas con HTA, que tomaban regularmente fármacos antihipertensivos (75,3 %), solo 42,1 % tuvo valores de PA controlada, cifras muy bajas comparadas con las encontradas por otros autores y el 52,1 % de los adultos con HTA no realizaba ninguna medida no farmacológica para controlar la PA elevada.

Hernández⁽²³⁾ sugiere en el estudio BPROAD: Control intensivo de la presión arterial en pacientes con diabetes tipo 2 que la incidencia de eventos cardiovasculares entre los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2, mayores fue significativamente menor con el tratamiento intensivo, dirigido a mantener una PAS menor de 120 mm Hg en comparación con el tratamiento estándar dirigido a una PAS inferior a 140 mmHg.

El estudio GRMx2 investiga la eficacia y la seguridad de una combinación de triple píldora de baja dosis que incluye telmisartán, amlodipino e indapamida, para el tratamiento inicial de la HTA, la cual la diabetes *mellitus* era la principal comorbilidad. La investigación se diseñó como un ensayo internacional controlado con placebo, aleatorizado y a doble ciega, para evaluar si esta combinación podría ser una opción viable y más efectiva en comparación con los tratamientos tradicionales de monoterapia o doble terapia. Se llega a la conclusión que la nueva combinación de triple píldora de baja dosis es una opción de tratamiento efectiva y bien tolerada para la HTA leve a moderada.⁽²⁴⁾

La estrategia de utilizar múltiples agentes a dosis bajas en una sola píldora no solo mejora el control de la PA, sino que también minimiza los efectos secundarios, lo que podría aumentar la adherencia al tratamiento en pacientes.

Se concluye que las personas mayores de 65 años y las mujeres son las más afectadas, lo cual puede deberse a una pesquisa activa en la medición de la PA en mayores de 15 años según el Programa Nacional de Hipertensión. La inactividad física tiene un peso importante dentro de los factores de riesgos analizados en ambos sexos. La diabetes *mellitus* y las dislipidemias son las comorbilidades más frecuentes. El control de la enfermedad depende fundamentalmente de la adherencia del paciente al tratamiento indicado, por lo que la multiterapia es fundamental.

Referencias bibliográficas

1. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C. Guía ESC 2024 sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión Desarrollada por el Grupo de Trabajo para el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión de la Sociedad. Sociedad Española de Cardiología; 2024. [acceso 12/12/2024]. Disponible en: https://secardiologia.es/images/2023/Gu%C3%ADas/Final_GPC_ESC_2024_PA_elevada_e_hipertensio%CC%81n.pdf
2. Carbo Coronell GM, Berrones Vívar LF, Gualpa González MJ. Riesgos modificables relacionados a la hipertensión arterial. Más Vita. Revista de Ciencias de Salud. 2022;4(2):196 -214. DOI: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0117>
3. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, *et al*. Hipertensión arterial. Guía para el diagnóstico, evaluación y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018. [acceso 12/12/2024]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/fcme/files/2024/05/Gui%CC%81a-Cubana-HTA-2017-1.pdf>
4. Revueltas-Agüero M, Molina Esquivel E, Suárez Medina R, Bonet Gorbea M, Varona Pérez Patricia, Benítez-Martínez M. La hipertensión arterial en Cuba según la Encuesta Nacional de Salud 2018 - 2019. Archivo Médico Camagüey. 2022 [acceso 20/12/2024];26. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9239/4504>
5. Gómez JF, Camacho PA, López-López J, López-Jaramillo P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20 -20. Rev. Colomb Cardiol. 2019;26(2):99-106. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.06.008>
6. Dirección de Registro Médicos y Estadística de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2023. La Habana: MINSAP; 2024. [acceso 20/12/2024]. Disponible en:

<https://instituciones.sld.cu/fatesa/files/2023/11/Anuario-Estad%C3%ADstico-de-Salud-2023.-Ed-2023.pdf>

7. Pérez Caballero MD, Valdés González Y, Pérez Perea L, López Lima C, Jiménez Chiquet A, Orduñez García P. Hipertensión Arterial en el adulto: Guía de actuación para la atención primaria de salud. Grupo de Innovación de HEARTS en las Américas. La Habana: MINSAP; 2021. [acceso 12/02/2025]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/hipertension/files/2022/02/GU%C3%8DA-DE-ACTUACI%C3%93N-FINAL-6.12.21.pdf>

8. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013;310(20):1-95. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

9. Figueredo Tornés JL, Sánchez De la Torre D, Gutiérrez López JI, Benítez Téllez L, Hidalgo Benítez A. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con hipertensión arterial en un área de salud de Niquero. MEDISAN. 2023 [acceso 12/02/2025];27(1):e4364. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v27n1/1029-3019-san-27-01-e4364.pdf>

10. Romero M, Avendaño-Olivares J, Vargas-Fernández R, Runzer-Colmenares F. Diferencias según sexo en los factores asociados a hipertensión arterial en el Perú: Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. An Fac Med. 2020 [acceso 12/02/2024];81(1):33-9. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/16724/14888>

11. Casado Pérez S. Hipertensión arterial. En: Alfonso F, Alonso Orgaz S, Aragoncillo Ballesteros P, Archondo Arce T, Azcona L, Bañuelos C, *et al.* Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y de la Fundación BBVA. Bilbao: Fundación BBVA; 2009. p. 121-9. [acceso 20/02/2024]. Disponible en: https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon.pdf

12. Ghelfi AM, Staffieri GJ. Hipertensión arterial en la mujer en edad fértil no gestante. Medicina Clínica. 2022 [acceso 15/01/2025];159(2):101-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-hipertension-arterial-mujer-edad-fertil-S0025775322001361?covid=Dr56DrLjUdaMjzAgze452SzSlnMN&rfr=truhgiz&y=kEzTXsahn8atJufRpNPuIGh67s1>

13. Pan American Health Organization. Hipertensión. Ginebra: PAHO/WHO; 2023. [acceso 04/12/2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/hypertension>

14. Campos-Nonato I, Oviedo-Solís C, Hernández-Barrera L, Márquez-Murillo M, Gómez-Álvarez E, Alcocer L, *et al.* Detección, atención y control de hipertensión arterial. Salud Pública Mex. 2024;66:539-48. DOI: <https://doi.org/10.21149/15867>

15. Bautista-Arredondo S, Vargas-Flores A, Moreno-Aguilar LA, Colchero MA. Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública Mex.* 2023 [acceso 17/12/2024];65(supl 1):15-22. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14813>
16. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013. [acceso 23/12/2024]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
17. Perel P, Avezum A, Huffman M, Pais P, Rodgers A, Vedanthan R, *et al.* Reducing premature cardiovascular morbidity and mortality in people with atherosclerotic vascular disease: the WorldHeart Federation roadmap for secondary prevention of cardio-vascular disease. *Glob Heart.* 2015;10:99-110.
18. Akbarpour S, Khalili D, Zeraati H, Mansournia MA, Ramezankhani A, Fotouhi A. Healthy lifestyle behaviors and control of hypertension among adult hypertensive patients. *Sci Rep.* 2018 [acceso 10/06/2024];8(1):8508. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-26823-5>
19. Berenguer Guarnaluses LJ. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *MEDISAN.* 2016 [acceso 14/01/2025];20(11):2434. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n11/san152011.pdf>
20. Centro Andaluz de Información de Medicamentos. (CADIME). Tratamiento de la hipertensión arterial: nuevas guías. *Bol Ter ANDAL.* 2020 [acceso 14/01/2025];35(4):39-49. Disponible en: https://www.cadime.es/images/documentos_archivos_web/BTA/2020/CADIME_BT_A_2020_35_04_.pdf
21. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, *et al.* Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA.* 2013 [acceso 12/01/2025];310:959. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/server/api/core/bitstreams/c020cabd-c89b-4800-a9f3-158e17ff534b/content>
22. Maldonado Cantillo G, Rodríguez Salvá A, Díaz Perreira AM, Londoño Agudelo E, León Sánchez M. Comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en un Policlínico cubano. *Horizonte sanitario.* 2020 [acceso 16/01/2025];19(1):69-77. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v19n1/2007-7459-hs-19-01-69.pdf>
23. Hernández Fernández E. Estudio BPROAD: Control intensivo de la presión arterial en pacientes con diabetes tipo 2. *CardioTeca.com.* 2024. [acceso 25/01/2025]. Disponible en: <https://www.cardioteca.com/hipertension->

[arterial/6276-control-intensivo-de-la-presion-arterial-en-pacientes-con-diabetes-tipo-2.html](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735109724082275)

24. Rodgers A, Salam A, Schutte AE, Cushman WC, de Silva A, Di Tanna GL, *et al.* Efficacy and Safety of a Novel Low-Dose Triple Single-Pill Combination Compared With Placebo for Initial Treatment of Hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*. 2024 [acceso 25/01/2025];LL84(24):2393-403. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735109724082275>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Addys Díaz Piñera, Geominia Maldonado Cantillo, Armando Rodríguez Salvá.

Curación de datos: Geominia Maldonado Cantillo, Armando Rodríguez Salvá.

Análisis formal: Geominia Maldonado Cantillo, Armando Rodríguez Salvá, Addys Díaz Piñera.

Adquisición de fondos: Esta investigación contó con el apoyo del Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica. FA-5 IMT-INHEM.

Investigación: Milenia León Sánchez, Alfredo Pestano Cossío.

Metodología: Addys Díaz Piñera, Geominia Maldonado Cantillo, Armando Rodríguez Salvá.

Administración del proyecto: Addys Díaz Piñera.

Recursos: Addys Díaz Piñera.

Software: Geominia Maldonado Cantillo.

Supervisión: Milenia León Sánchez, Alfredo Pestano Cossío.

Validación: Geominia Maldonado Cantillo.

Visualización: Geominia Maldonado Cantillo.

Redacción del borrador original: Geominia Maldonado Cantillo, Armando Rodríguez Salvá, Addys Díaz Piñera.

Redacción, revisión y edición: Geominia Maldonado Cantillo, Addys María Díaz Piñera, Armando Jorge Rodríguez Salvá, Milenia León Sánchez, Alfredo Pestano Cossío.