
Artículo Original

Prevalencia de Hipertensión Arterial en una Comunidad Urbana de Honduras

Prevalence of Arterial Hypertension in an Urban Community of Honduras

Karen Patricia Cerrato Hernández+
Lysien Ivania Zambrano*

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) y algunos factores de riesgo cardiovascular en una comunidad urbana de Honduras. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, descriptivo realizado en la Colonia Miraflores de Tegucigalpa, de donde se obtuvo una muestra de 257 participantes mayores de 18 años de ambos sexos. Se utilizó un cuestionario de 12 preguntas, se tomó presión arterial, talla y peso a los participantes, previo consentimiento informado. **Resultados:** 178(69.3%) participantes eran de sexo femenino, 142(55.2%) eran mayores de 40 años. 132(51.3%) presentaron sobrepeso u obesidad. 28(10.9%) tenían hábito de tabaquismo y 31(12.1%) consumían alcohol al menos 2 veces por semana. 64(24.9%) tenían diagnóstico previo de HTA, de ellos, 24(37.5%) no estaban controlados, 46(71.9%) tenía sobrepeso u obesidad. 60(93.8%) no practicaba deportes, y 5(7.8%) asistía al gimnasio regularmente. 18(28.1%) usaban betabloqueadores, que resultó la medicación más frecuente. 15(7.8%) de los participantes refirieron no ser hipertensos, pero presentaron cifras tensionales elevadas y fueron diagnosticados durante este estudio. La prevalencia total de HTA de 32.7%. 46.9% de los hipertensos presentó hipercolesterolemia. 80% con antecedente de Infarto de Miocardio eran hipertensos.

Conclusiones: La prevalencia total de HTA fue

similar a otros estudios nacionales. El sobrepeso y sedentarismo fueron factores comunes los pacientes con HTA. El número de pacientes con HTA aumentaba a medida que aumentaba la edad. Los trastornos lipídicos fueron más frecuentes en los hipertensos, al igual que la incidencia de enfermedad coronaria.

Palabras Claves: Hipertensión, Factores de Riesgo, Prevalencia, Índice de Masa Corporal.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of Hypertension/ High Blood Pressure (HBP) and its risk factors in a community of Honduras. **Material and Methods.** A descriptive transverse study, taking place in Colonia Miraflores of Tegucigalpa. As part of this Study, there were 257 participants, 18 years of age or older, both sexes. A survey of 12 questions was implemented. Blood pressure, size and weight were evaluated to all participants after they consented to take the tests. **Results:** 178(69.3%) were female, 142(55.2%) were 40 years old or older, 132(51.3%) showed an elevated Body Mass Index. 28(10.9%) actually smoke, and 31(12.1%) indicated they drank alcohol at least twice a week. 64(24.9%) of the participants had a previous diagnosis of hypertension/HBP. Of

+ Doctora en Medicina y Cirugía, UNAH

* Pasante de 7mo año de la Carrera de Medicina, UNAH

them, 24(37.5%) were not controlled, 46(71.9%) were overweight, 60(93.8%) did not played sports, and just 5(7.8%) visited gym regularly. 18(28.1%) use betabloqueators, and was the most frequently used medication. 15(7.8%) of the participants, referred not to be hypertensive, but presented HBP in three tests conducted and were diagnosed as hypertensive as a result of this study. We found a total prevalence of HBP of 32.7%. The 46.9% of the hypertensive participants had hypercholesterolaemia. 80% of the patients that referred having had an acute myocardial infarction (AMI), were hypertensive.

Key words: Hypertension, Risk factor Prevalence, Body Mass Index.

INTRODUCCION

La Hipertensión Arterial (HTA) es un problema de salud creciente a nivel mundial. Se define como hipertenso a todo individuo con cifras de presión arterial persistentemente elevadas iguales o superiores a 140/90 mmHg^(1,2). Según el JNC-7, aproximadamente un billón de personas pueden padecer algún trastorno hipertensivo a nivel mundial. Distintos estudios epidemiológicos en los países occidentales indican una prevalencia entre el 15% y el 30% de la población⁽⁴⁾ y estudios epidemiológicos nacionales reportan hasta un 45% en comunidades urbanas de Honduras⁽⁵⁾.

Se sabe que el envejecimiento de la población, los cambios en los estilos de vida y la migración ha causado un aumento de la incidencia de la enfermedad hipertensiva. La HTA es el mayor factor riesgo e importancia para la enfermedad coronaria (EC) y la enfermedad cerebro-vascular (ECV).² En países de América Latina, las principales causas de morbilidad en la población son las enfermedades infecciosas; sin embargo, la mejoría de las condiciones de vida en los países en desarrollo, ha dejado ver que las enfermedades

crónicas degenerativas también juegan un papel importante en la morbilidad de nuestras comunidades.

A pesar de ser una enfermedad de fácil detección, el porcentaje de pacientes no diagnosticados es alto, Estados Unidos reporta 21.3% y el estudio en una comunidad hondureña reflejó 31.2%^(4,5).

Entre los principales factores de riesgo cardiovascular se ha encontrado que un índice de masa corporal elevado, el hábito de consumir tabaco o alcohol, así como la edad y el sexo de los pacientes son factores de mucha importancia en el desarrollo de la HTA⁽³⁾.

La prevalencia de la HTA incrementa conforme avanza la edad. Más de la mitad de las personas entre 60 y 69 años, y aproximadamente tres cuartos de los mayores de 70 años están afectados⁽³⁾.

La prevalencia en mujeres está estrechamente relacionada con la edad, probablemente debido a los cambios hormonales durante la menopausia, de modo que la relación entre el sexo femenino y masculino pasa de 0.5 a los 30 años hasta el 1.2 a los 65⁽⁶⁾.

Un problema no aceptable según el JNC-7 es el hecho de que haya un alto nivel de pacientes no controlados, a pesar de que conocen su diagnóstico y que la enfermedad hipertensiva es sencilla de tratar en la mayoría de los casos. Estudios en otros países de América Latina estiman que de 12% a 33% de las personas con diagnóstico de HTA no estaban controlados^(3,6).

La prevención y manejo de la Hipertensión arterial son desafíos importantes para los sistemas de salud de todos los países. Conseguir una disminución en el índice de Masa Corporal, disminuir el consumo de sodio en la dieta y promover una actividad física saludable, así como estimular el consumo de más frutas y verduras y disminuir el consumo de alcohol deben ser puntos clave en las estrategias

de prevención⁽¹⁾.

Conocer la epidemiología local de una enfermedad es la forma más efectiva de diseñar estrategias de prevención, educación y control, que tengan el fin de mejorar la situación de salud de nuestras comunidades. Por lo que consideramos importante determinar la prevalencia de Hipertensión Arterial en una comunidad urbana local. El objetivo fue determinar la prevalencia de HTA en una comunidad urbana, y algunos factores de riesgo cardiovascular.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en una muestra de 120 hogares logrando la participación de 257 personas. El área de estudio fue la Colonia Miraflores, seleccionada al azar, comunidad urbana localizada en la parte oriente de la ciudad de Tegucigalpa.

Se hizo un muestreo probabilístico sistemático de los hogares, se tomaron en cuenta solamente a personas que tuvieran al menos un año de residir en la comunidad en forma permanente, mayores de 18 años, y de sexo femenino, que no estuvieran embarazadas.

Se aplicaron dos instrumentos, el primero tipo cuestionario, constaba de 12 preguntas, donde se interrogaba sobre antecedentes patológicos, actividad física y hábitos de cada participante. El segundo para consignar la medición de talla en centímetro, peso en kilogramos y presión arterial de cada miembro del hogar, antecedente de HTA, y se consignaba el tratamiento recibido. La presión arterial se midió con esfigmomanómetros aneroides, por método auscultatorio. Si a la primera toma de presión arterial estaba alterada (> 140/90 mm/Hg) se realizaban dos visitas mas en horario similar, y previo reposo, se hacían dos tomas para realizar diagnóstico. Se hizo lectura

del consentimiento informado a cada participante, haciendo énfasis en la participación voluntaria, y la información se manejaría en forma confidencial. El análisis de los datos se realizó con Epi Info ® 3.3

RESULTADOS

178 (69.3%) de los encuestados fueron de sexo femenino. Se encontraron cifras elevadas de PA en 39(15.2%) sin distinguir si tenían o no diagnóstico previo de HTA (tabla N°1). De acuerdo al índice de masa corporal, 89(34.6%) presentaron sobrepeso, y 43(16.7%) presentaron obesidad. 28(10.9%) de la población total encuestada tiene el hábito del tabaquismo y 31(12.1%) consumen alcohol al menos 2 veces por semana. 115(44.8%) eran menores de 40 años y 97(37.6%) mayores de 55 años.

Los que refirieron no padecer de hipertensión arterial, 15(7.8%) presentaron cifras tensionales elevadas después de tres visitas y fueron diagnosticados como nuevos hipertensos. El 53.3% de ellos se encontraban entre los 41- 70 años de edad (gráfico 1) y el 86.6% presentaba algún grado de sobrepeso u obesidad. 7(46.6%) de ellos tienen antecedente anterior o actual de tabaquismo, solamente 2(14%) refirieron que tenían consumo regular de alcohol.

64 personas tenían diagnóstico previo de hipertensión arterial. 49(76.5%) de ellos eran personas mayores de 55 años. 24(37.5%) de las personas no estaban controladas. 46 (71.9%) tenía algún grado de sobrepeso u obesidad según su índice de masa corporal, 60(93.8%) no practicaba ningún deporte, y 5(7.8%) asisten al gimnasio al menos 2 veces por semana.

En cuanto a medicación, 18(28.1%) de los hipertensos usaban beta bloqueadores para controlar su enfermedad, siendo la medicación

más frecuente. 15(23.4%) tomaban medicamentos combinados y 6 (9.3%) no usaban medicación aun conociendo su diagnóstico.

23.3% de la población presentó algún trastorno lipídico, entre los hipertensos este porcentaje sube a 46.9%. Los trastornos de coagulación se encontraron en 5.8%. De las personas que habían tenido infartos de miocardio, 80% tenía antecedente previo de Hipertensión Arterial.

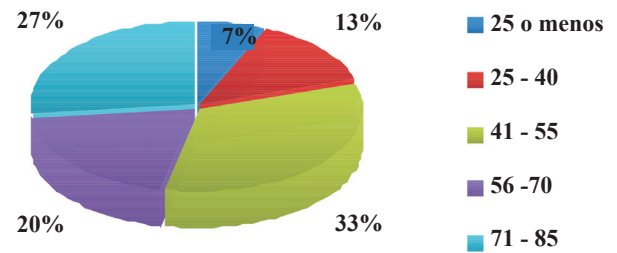
TABLA N° 1
Distribución de valores de presión arterial en la población muestral

Presión Arterial	Población Muestra N (%)	Diagnóstico Previo	
		SI N(%)	NO N(%)
Normal	136 (52.9)	20 (13.3)	123 (63.7)
Prehipertenso	82 (31.9)	27 (42.2)	55 (28.5)
Hipertenso I	31 (12.1)	21 (32.8)	10 (5.2)
Hipertenso II	8 (3.1)	3 (4.7)	5 (2.6)
TOTAL	257 (100)	64 (100)	193 (100)
% N= 257		(24.9%)	(75.1%)

39(15.2%) participantes presentaron cifras de PA elevadas al momento del estudio, esta cifra incluye a los hipertensos con diagnóstico previo que no estaban controlados y los hipertensos que fueron diagnosticados por este estudio.

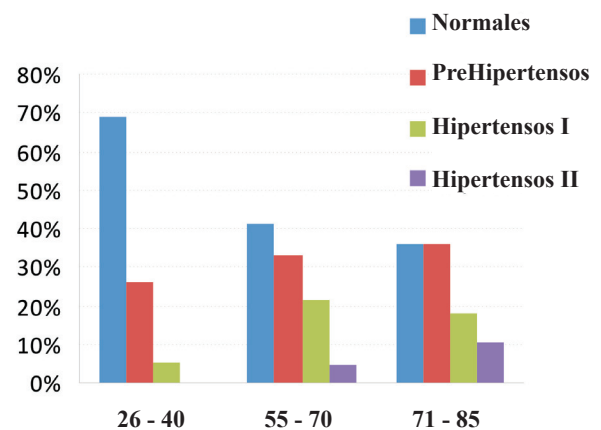
Los hipertensos con diagnóstico previo fueron 64(24.9%), y los hipertensos diagnosticados por este estudio fueron 15 (7.8%), lo que suma una prevalencia total de 32,7% de HTA entre la población estudiada.

Gráfico N° 1
Distribución por edad de la población diagnosticada



De 15 participantes que fueron diagnosticados como hipertensos, 12 (77%) eran mayores de 40 años.

Gráfico N° 2
Cifras de hipertensión arterial por grupos etarios



Las cifras de PA aumentan con la edad. Los Hipertensos estadio I y II están en su mayoría en los grupos de 55 a 85 años. En el grupo de menor edad la mayoría tienen cifras de PA normal.

DISCUSIÓN

La prevalencia de HTA encontrada en este estudio es similar a la reportada por las estadísticas para otros países de América Latina y Estados Unidos. Es menor a la encontrada en otros estudios similares como el de Hall y Col. En la Ciudad del Progreso, Honduras^(4,5).

La mayoría de los casos de HTA diagnosticados, y

los nuevos hipertensos se encuentran entre los 55 y 85 años. Al igual que en otras investigaciones en Latinoamérica, la población en este grupo de edad es más afectada. Comparando con otros grupos, se confirma que a medida que aumenta la edad, aumenta la prevalencia de HT^(3,4). Un tercio de los prehipertensos eran menores de 40 años, esta estadística es similar entre la población norteamericana⁽⁵⁾.

El sobrepeso es un problema, ya que más de la mitad de los encuestados tenían algún grado de obesidad, esta cifra es similar en España y EEUU^(2,7,12). Estudios suramericanos reportan prevalencias muchos menores de obesidad.¹⁰ Esto indica que los cambios alimenticios influenciados por la migración están afectando la salud de las comunidades. El problema del sobrepeso, se agrava más cuando vemos que solo una minoría de la población estudiada en nuestra comunidad practica deportes o hace ejercicio regularmente y un porcentaje importante consume de alcohol en forma regular.

Estos hábitos poco saludables asociados a las altas cifras de prehipertensión pueden causar un aumento en la prevalencia de hipertensos en los próximos años. Este estilo de vida sedentario, la dieta alta en calorías y sodio y el consumo regular de alcohol están claramente identificados como factores de riesgo cardiovascular^(1,3).

Un alto porcentaje de pacientes hipertensos no están controlados, ya que nuestro estudio encontró una cifra mayor a la reportada por otros estudios tanto nacionales como de otros países^(3,5,10).

Hay dos motivos por los cuales se presenta este problema: No se instituye un tratamiento eficaz en el paciente hipertenso asintomático, o porque el paciente asintomático no cumple con su tratamiento⁽⁶⁾.

Estudios norteamericanos, encontraron la predisposición de tener HTA no tratada, o no

controlada, aumentaba en aquellos pacientes mayores de 65 años, en los de origen hispano y en los que tenían al menos un año de no tener una visita al médico^(8,9). En nuestro país, el desabastecimiento constante de medicamentos en el sistema público, así como la pobreza de la población para adquirir sus medicamentos en forma privada, influyen en la falta de control de la HTA. La HTA no controlada puede ocasionar daños severos a nivel orgánico, cardiovascular, neurológico y renal^(1,6) sin embargo son prevenibles. En Honduras la enfermedad coronaria y cerebrovascular se encuentran entre las primeras 5 causas de mortalidad en adultos⁽¹¹⁾ y ambas condiciones están asociadas a las cifras elevadas de PA.

En el estudio la hipercolesterolemia como factor de riesgo cardiovascular se encontró en un tercio de la población. La reducción de la ingesta de colesterol y grasas saturada disminuye la incidencia de complicaciones ateroscleróticas.^{1,6} El simple hecho de cambiar algunos hábitos alimenticios como reducir el consumo de sodio, a un máximo de 2.4gr/día facilita el manejo de un paciente⁽¹⁾.

Las modificaciones en el estilo de vida reducen la PA, previenen ó retrasan la incidencia de hipertensión, mejoran la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuyen el riesgo cardiovascular⁽¹⁾. Las estrategias de la salud pública deben dirigirse a una detección temprana y un cumplimiento eficaz del tratamiento para evitar complicaciones en el paciente. El reconocimiento de todos estos factores de riesgo debe ser el fundamento de los programas orientados al manejo enfermedades crónico-degenerativas y sus consecuencias sobre la morbilidad y mortalidad en nuestro país.

Agradecimiento

A la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras (ASOCEMH-UNAH).

A Ligia Zelaya, José Abraham García, Gladys Cárcamo, Selvin Reyes, Walter Ramírez y Olga Cervantes por su colaboración en la recolección de los datos.

A los Asesores, Dr. Raúl Romero y Dr. Manuel Sierra.

A los participantes.

Bibliografía

1. National High Blood Pressure Program. **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.** JAMA 2003; 289: 19: 2560-2571
2. Ministerio de Salud. **Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más.** Santiago: El Ministerio, 2005.
3. Nigro D, Vergottini J, Kushnir E, Bendersky M, Campo I, et al. **Epidemiología de la Hipertensión Arterial en la Ciudad de Córdoba,** Argentina. Rev Fed Arg Cardiol (En línea)1999 (Consultado el 24 de mayo del 2009); 28: 69-75 Disponible en: www.fac.org.ar/revista/99v28n1/nigro/nigro.htm
4. Hall Martínez J, Hall Reyes J, Alvarenga Thiebaud M, Gómez O. **Prevalencia de Hipertensión Arterial en adultos de El Progreso.** Rev Med Hondur 2005; 73: 60-64
5. Center for Disease Control and Prevention. **High Blood Pressure Facts and Statistics** (En línea). Atlanta: CDC; 2008. (Consultado el 12 de Julio 2009). Disponible en <http://www.cdc.gov/bloodpressure/facts.htm>
6. Fisher N, Williams G. Vasculopatía Hipertensiva In: Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J. **Harrison Principios de Medicina Interna.** 16 Ed. Mexico: McGraw Hill; 2006. P.1617-1637.
7. Barrios V, Bosh I, Ylla A, Eixarch J, Calderon A, Ruilope L, et al. **Cardiovascular risk profile of a spanish hypertensive population in primary care medicine.** Diorisk Study. American Journal of Hipertension (En línea) April 2001(Consultado el 4 de junio del 2009); 14(4, P2): Disponible en: www.nature.com/ajh/journal/v14/n1s/index.html
8. Hyman D, Pavlik V. **Characteristics of patient with uncontrolled hypertension in the United States.** New England Journal Med, (En línea).2001. (Consultado el 12 de marzo del 2009); 345(7): 479-487 Disponible en: content.nejm.org/cgi/content/full/345/7/479
9. Hajjar I, Kotchen T. **Trends in Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the United States, 1988-2000** JAMA.(En línea) 2003(Consultado el 23 de marzo del 2009); 290(2):199-206 Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12851274
10. Pitarque R, Bolzan A, Gatella M, Echaide M, Guanuco S, et al. **Factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la ciudad de Olavarría.**(En línea). Buenos Aires. Rev Arg Cardiol 2006.(Consultado el 12 de julio del 2009); 74:447-452 Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-37482006000700006&script=sci_arttext.
11. Organización Mundial de la Salud. **Mortality Country Fact Sheet** (en línea) Washington: WHO; 2006. (fecha de acceso 12 de Julio de 2009). Disponible en http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_amro_hnd_honduras.pdf
12. Center for Disease Control and Prevention. **State-Specific Prevalence of Obesity Among Adults.** Morbidity and Mortality Weekly Report (En línea) 2008 (Fecha de acceso 28 de Julio de 2009) 57(28);765-768 . Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwr.html/m5728a1.htm>