

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Medicina

Caracterización de adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Distrital de Minga Guazú, Paraguay

Lucas Guilherme Nascimento Magalhães de Oliveira¹, Rosemary Gomes de Castro¹,
Ramón Mario Bellón Préstamo¹

¹Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay.

Enviado: 15 de febrero de 2023

Aceptado: 14 de marzo de 2023

Publicado: 15 de julio de 2023

DOI: [10.5281/zenodo.22134003](https://doi.org/10.5281/zenodo.22134003)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0
Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo cardiovascular modificable y su carga recae de forma creciente sobre la población de edad avanzada. El objetivo fue caracterizar a los adultos mayores con hipertensión arterial en tratamiento atendidos en el Hospital Distrital de Minga Guazú, Paraguay, en cuanto a su perfil clínico, factores de riesgo, adherencia terapéutica y conocimientos sobre la enfermedad. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal en 100 pacientes de 60 años o más con hipertensión arterial diagnosticada y en tratamiento clínico y farmacológico. Se aplicó un cuestionario cerrado de 14 preguntas por entrevista, con registro de sexo, edad, peso, talla y presión arterial. El análisis fue descriptivo (frecuencias y porcentajes). **Resultados:** El 57 % fue de sexo femenino y la edad promedio fue de 64 años. El 60 % refirió consumo alto de sal, el 77 % no realizaba ejercicio y el 38 % refirió diabetes. Solo el 50 % declaró cumplir siempre la medicación. El 62 % desconocía las causas de la hipertensión arterial, el 26 % ignoraba su carácter crónico, el 57 % refirió falta de colaboración familiar en el control de la presión arterial y el 82 % deseaba recibir capacitación. **Conclusiones:** En esta muestra coexisten elevada frecuencia de factores de riesgo modificables, adherencia intermitente y vacíos de conocimiento. Los hallazgos respaldan intervenciones estructuradas en el primer nivel de atención, sin permitir estimar prevalencia ni asociaciones causales. **Palabras clave:** hipertensión arterial, adulto mayor, adherencia a la medicación, conocimientos, actitudes y práctica en salud, atención primaria de salud, Paraguay

Autor corresponsal: Ramón Mario Bellón Préstamo. Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay

Financiación: Esta investigación no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales ni de entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo cardiovascular modificable y una de las primeras causas de carga de enfermedad en el mundo. En 2019, la presión arterial sistólica elevada fue el factor de riesgo aislado que más muertes explicó a nivel mundial, con cerca de 10,8 millones de defunciones atribuibles (1). El número de personas con hipertensión arterial se duplicó entre 1990 y 2019, y, pese a la mejora del tratamiento en muchos países, solo alrededor de una de cada cinco personas afectadas alcanza cifras controladas (2). Estas brechas de detección, tratamiento y control son más marcadas en los países de ingreso bajo y medio, donde el control poblacional apenas ha progresado en las últimas décadas (3).

El envejecimiento de la población desplaza esta carga hacia las edades avanzadas. Con la edad, la rigidez de las grandes arterias, la disfunción endotelial, el estrés oxidativo y la inflamación vascular favorecen el aumento de la presión arterial, en particular de la sistólica, y se asocian además con deterioro cognitivo, discapacidad física y caídas (4). En las personas de 50 años o más, la presión arterial sistólica elevada es el principal factor de riesgo de años de vida ajustados por discapacidad (1). El manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor exige una aproximación individualizada, que contemple el grado de fragilidad, la comorbilidad y la polifarmacia, sin renunciar al beneficio del tratamiento (5).

Las guías vigentes definen la hipertensión arterial en el ámbito de consulta como una presión arterial sistólica de 140 mmHg o más, una presión arterial diastólica de 90 mmHg o más, o la necesidad de tratamiento antihipertensivo (6). La reducción de la presión arterial sistólica se acompaña de una disminución proporcional del riesgo de enfermedad cardiovascular y de muerte, también en los pacientes de mayor edad (7). Para los sistemas de salud con recursos limitados se han propuesto recomendaciones adaptadas que priorizan la detección oportuna, el tratamiento combinado temprano y el seguimiento en el primer nivel de atención (8).

En Paraguay, el primer estudio nacional de presión arterial, realizado en la década de 1990, halló hipertensión arterial en el 39,1 % de las mujeres y el 26,8 % de los varones de 18 a 74 años; más de una cuarta parte de las personas mayores de 60 años presentaba hipertensión

moderada o grave y casi la mitad de quienes tenían cifras elevadas desconocía su condición (9). El Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial reconoció a la enfermedad como un problema prioritario de salud pública y estableció criterios locales de diagnóstico y tratamiento (10). En comunidades de varios países de la región, la prevalencia de hipertensión arterial ronda el 44 %, pero menos del 40 % de las personas tratadas alcanza el control de la presión arterial, con diferencias marcadas entre entornos urbanos y rurales (11).

Sobre esta base epidemiológica, el control efectivo de la hipertensión arterial en el adulto mayor depende de factores que van más allá de la prescripción: la ingesta de sal, la inactividad física, el consumo de alcohol, la diabetes y el exceso de peso influyen en las cifras de presión arterial, mientras que la adherencia al tratamiento y el conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad condicionan la continuidad del cuidado. En el Hospital Distrital de Minga Guazú se atiende a un número considerable de adultos mayores con hipertensión arterial, sin que se disponga de una descripción local de este perfil. El objetivo general fue caracterizar a los adultos mayores con hipertensión arterial en tratamiento atendidos en el Hospital Distrital de Minga Guazú, Paraguay. Como objetivos específicos, se buscó describir el perfil clínico y el tiempo de evolución de la enfermedad en los participantes; identificar la frecuencia de factores de riesgo y hábitos asociados a la hipertensión arterial; describir la adherencia referida al tratamiento antihipertensivo; y explorar los conocimientos, las actitudes y la disposición de los pacientes respecto a la enfermedad y su control.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hospital Distrital de Minga Guazú, Paraguay, durante 2022. La población estuvo constituida por los pacientes de 60 años o más con diagnóstico de hipertensión arterial que acudían al establecimiento para control de su enfermedad.

Se incluyó a 100 pacientes de 60 años o más, con tratamiento clínico y farmacológico para la hipertensión arterial y cifras de presión arterial iguales o superiores a 140/90 mmHg registradas en la consulta. Se excluyó a las personas que no aceptaron participar.

La recolección de datos se efectuó mediante un cuestionario estructurado de 14 preguntas cerradas y de opción múltiple, administrado por entrevista directa. El instrumento indagó el tiempo de evolución de la hipertensión arterial, los hábitos y factores de riesgo (tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, automedicación, consumo de sal y realización de ejercicio), el antecedente de diabetes, el uso de medicación antihipertensiva y el cumplimiento de la prescripción, y un bloque de conocimientos, actitudes y disposición sobre la enfermedad, su relación con distintos factores, la utilidad de la dieta y del control domiciliario de la presión arterial, la colaboración de la familia y el interés en recibir capacitación. En cada participante se registraron además el sexo, la edad, el peso, la talla y la presión arterial.

Las respuestas se tabularon en una planilla de cálculo y se analizaron de forma descriptiva mediante frecuencias absolutas y relativas. No se aplicaron pruebas de contraste de hipótesis.

El estudio contó con el aval del comité de ética institucional. La participación fue voluntaria y se realizó a través de una entrevista personal; la información recogida se manejó de forma confidencial y se utilizó únicamente con fines de investigación.

RESULTADOS

De los 100 participantes, 57 fueron de sexo femenino y 43 de sexo masculino, con una edad promedio de 64 años. Respecto al tiempo de evolución de la enfermedad, el 50 % refirió dos años desde el diagnóstico, el 35 % cinco años y el 15 % diez años. La totalidad de los participantes se encontraba bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo.

En cuanto a los hábitos y factores de riesgo, al seleccionar una única opción, el 43 % se describió como persona sedentaria, el 30 % como persona que se automedica ante un malestar, el 19 % como consumidor de alcohol y el 8 % como fumador. El 77 % declaró no realizar ejercicio. El consumo de sal en la vida cotidiana se refirió como alto en el 60 % de los casos, medio en el 27 % y bajo en el 13 %. El 38 % refirió ser diabético.

En relación con la adherencia, el 50 % declaró cumplir siempre con la medicación y la prescripción indicadas, el 34 % casi siempre, el 9 % de vez en cuando y el 7 % solo cuando sentía malestar.

Los conocimientos y las actitudes sobre la enfermedad mostraron vacíos relevantes. El 62 % declaró no conocer las causas de la hipertensión arterial y el 26 % no reconocía su carácter crónico y permanente. Al indicar con qué aspecto relacionaban la enfermedad, el 30 % mencionó la edad, el 27 % los factores alimentarios, el 24 % el sedentarismo, el 9 % la herencia y el 10 % no supo responder. El 53 % consideró importante la dieta para una persona hipertensa, frente a un 32 % que no lo creía y un 15 % que no lo sabía. El 59 % consideró útil controlar la presión arterial en el domicilio, mientras que el 28 % no lo creía y el 13 % lo desconocía.

En cuanto al entorno y la disposición a participar en el cuidado, el 57 % refirió que sus familiares no colaboraban en el control de su presión arterial y el 82 % manifestó interés en recibir capacitación sobre la hipertensión arterial.

DISCUSIÓN

En esta muestra de adultos mayores con hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, la caracterización reveló tres rasgos concurrentes: una elevada frecuencia de factores de riesgo modificables, una adherencia terapéutica que solo la mitad de los participantes calificó como constante y vacíos amplios de conocimiento sobre la enfermedad. Este patrón es coherente con la observación de que, a escala poblacional, el control de la hipertensión arterial sigue siendo bajo, sobre todo en los países de ingreso bajo y medio, donde la proporción de personas con cifras controladas apenas ha mejorado en las últimas décadas (2,3).

El predominio femenino de la muestra (57 %) concuerda con lo descrito en el primer estudio nacional paraguayo, en el que la hipertensión arterial fue más frecuente en mujeres, y con la mayor proporción de diagnóstico y tratamiento observada en mujeres a nivel mundial (2,9). Una mayor percepción de la enfermedad y una búsqueda de atención más frecuente entre las mujeres podrían explicar, en parte, su sobrerrepresentación en una población en control. La edad promedio de 64 años sitúa a la muestra en el tramo etario en el que la presión arterial sistólica elevada concentra la mayor carga de discapacidad atribuible (1).

Entre los factores de riesgo, destacaron el consumo alto de sal, referido por el 60 % de los participantes, y la inactividad física, con un 77 % que no realizaba ejercicio. Ambos son modificables y su corrección tiene un

efecto demostrado sobre la presión arterial: la reducción de la ingesta de sodio disminuye la presión arterial sistólica en torno a 3,4 mmHg y se asocia con un menor riesgo de accidente cerebrovascular (12), mientras que el entrenamiento aeróbico logra reducciones cercanas a 8/5 mmHg en personas hipertensas (13). El consumo de alcohol, referido por el 19 %, también es relevante, ya que en bebedores de más de dos unidades diarias la disminución del consumo reduce de forma dosis-dependiente la presión arterial (14). El exceso de peso es otro contribuyente mayor de la hipertensión arterial esencial, a través de la retención renal de sodio y la activación de los sistemas renina-angiotensina-aldosterona y nervioso simpático (15); en este estudio se registraron el peso y la talla, pero no se analizó el índice de masa corporal, por lo que no es posible describir su distribución.

El 38 % de los participantes refirió diabetes. La coexistencia de hipertensión arterial y diabetes es frecuente —la hipertensión arterial es alrededor de dos veces más común en las personas con diabetes— y ambas comparten mecanismos de daño vascular, como la disfunción endotelial, la inflamación y la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (16). Esta asociación incrementa el riesgo cardiovascular global y justifica un seguimiento más estrecho de las cifras de presión arterial en este subgrupo.

La adherencia terapéutica fue subóptima: solo el 50 % declaró cumplir siempre la prescripción y un 7 % lo hacía únicamente cuando sentía malestar, lo que sugiere una interpretación de la hipertensión arterial como enfermedad sintomática. La falta de adherencia a los antihipertensivos afecta aproximadamente al 45 % de los pacientes y llega a cerca del 84 % en quienes tienen la presión arterial no controlada (17). Sus determinantes son múltiples e incluyen factores socioeconómicos, del tratamiento, del sistema de salud y del propio paciente (18). El 30 % de los participantes que se describió como persona que se automedica refuerza esta lectura y podría reflejar barreras de acceso o de acompañamiento clínico.

Los vacíos de conocimiento fueron notorios: el 62 % desconocía las causas de la enfermedad y el 26 % no la reconocía como crónica. Aunque el 59 % consideró útil el control domiciliario de la presión arterial, la evidencia indica que la automedición, por sí sola, no mejora el control y solo resulta eficaz cuando se acompaña de intervenciones complementarias, como educación, consejo sobre estilo de vida o ajuste sistemático del tratamiento (19). Una alfabetización en salud limitada se asocia con

peores desenlaces cardiovasculares y con inequidades en la prevención y el control (20). En sentido favorable, el 82 % de los participantes manifestó interés en recibir capacitación, lo que constituye una oportunidad concreta para el equipo de salud; el hecho de que el 57 % refiriera escaso apoyo familiar en el control de su presión arterial señala, además, un ámbito de intervención, dado que el entorno próximo influye en la adherencia.

Estos hallazgos tienen implicaciones para la atención primaria. La caracterización sugiere que las acciones aisladas de información son insuficientes y que se requieren intervenciones estructuradas y multicomponente —educación sostenida, refuerzo de la adherencia, consejo sobre alimentación y actividad física, e integración de la familia— adaptadas a las personas mayores y a su contexto (5). Las recomendaciones para entornos de recursos limitados, centradas en la detección oportunista y el seguimiento en el primer nivel, ofrecen un marco aplicable en establecimientos como el estudiado (8).

El estudio tiene limitaciones. La muestra fue de 100 participantes de un único establecimiento, seleccionados sin un procedimiento de muestreo probabilístico especificado, por lo que los resultados no son generalizables ni permiten estimar la prevalencia de la hipertensión arterial; por diseño, todos los participantes eran hipertensos. El instrumento no fue validado psicométricamente y varias variables —consumo de sal, diabetes, adherencia y actividad física— se basaron en el autoinforme, sin verificación objetiva; tampoco se incorporaron al análisis las mediciones de presión arterial ni el índice de masa corporal. El diseño transversal y la ausencia de pruebas inferenciales impiden establecer asociaciones o relaciones causales entre las variables descritas. Como fortaleza, el trabajo aporta una descripción local de una población habitualmente poco estudiada en el primer nivel de atención de Paraguay. En conclusión, en esta muestra de adultos mayores hipertensos en tratamiento coexisten una alta frecuencia de factores de riesgo modificables, una adherencia intermitente y un conocimiento insuficiente sobre la enfermedad, en un contexto de escaso apoyo familiar y elevada disposición a recibir educación sanitaria; este perfil respalda la necesidad de intervenciones estructuradas de educación y acompañamiento en la atención primaria, orientadas de manera específica a las personas mayores.

REFERENCIAS

- GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223-49. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957-80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1)
- Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*. 2016;134(6):441-50. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912>
- Buford TW. Hypertension and aging. *Ageing Res Rev*. 2016;26:96-111. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.01.007>
- Oliveros E, Patel H, Kyung S, Fugar S, Goldberg A, Madan N, et al. Hypertension in older adults: assessment, management, and challenges. *Clin Cardiol*. 2020;43(2):99-107. <https://doi.org/10.1002/clc.23303>
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- Bundy JD, Li C, Stuchlik P, Bu X, Kelly TN, Mills KT, et al. Systolic blood pressure reduction and risk of cardiovascular disease and mortality: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA Cardiol*. 2017;2(7):775-81. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2017.1421>
- Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*. 2020;75(6):1334-57. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
- Ramirez MO, Pino CT, Furiasse LV, Lee AJ, Fowkes FG. Paraguayan National Blood Pressure Study: prevalence of hypertension in the general population. *J Hum Hypertens*. 1995;9(11):891-7.
- Ortellado Maidana J, Ramírez A, González G, Olmedo Filizzola G, Ayala de Doll M, Sano M, et al. Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial 2015. *Rev Virtual Soc Parag Med Int*. 2016;3(2):11-57.
- Lamelas P, Diaz R, Orlandini A, Avezum A, Oliveira G, Mattos A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in Latin American countries. *J Hypertens*. 2019;37(9):1813-21. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002108>
- Aburto NJ, Ziolkovska A, Hooper L, Elliott P, Cappuccio FP, Meerpohl JJ. Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2013;346:f1326. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1326>
- Cornelissen VA, Smart NA. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc*. 2013;2(1):e004473. <https://doi.org/10.1161/JAHA.112.004473>
- Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, Gmel G, Hasan OSM, Rehm J. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2(2):e108-20. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30003-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30003-8)
- Hall JE, do Carmo JM, da Silva AA, Wang Z, Hall ME. Obesity-induced hypertension: interaction of neurohumoral and renal mechanisms. *Circ Res*. 2015;116(6):991-1006. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.305697>
- Petrie JR, Guzik TJ, Touyz RM. Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease: clinical insights and vascular mechanisms. *Can J Cardiol*. 2018;34(5):575-84. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2017.12.005>
- Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(4):e5641. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641>
- Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension. *Circ Res*. 2019;124(7):1124-40. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>
- Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLoS Med*. 2017;14(9):e1002389. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002389>
- Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018;138(2):e48-74. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000579>