

Elementos asociados al buen control de la presión arterial en individuos hipertensos

DRES. EDGARDO SANDOYA, CARLOS SCHETTINI, MANUEL BIANCHI, HUGO SENRA

RESUMEN

Introducción: la hipertensión tiene alta prevalencia y mal control en nuestro medio, por lo que, para contribuir a mejorar la actual situación estudiamos qué variables se asocian al buen control de la presión arterial (PA).

Método: se estudió a los 803 hipertensos de los 2.070 participantes en la encuesta de hipertensión, a quienes se interrogó acerca de conocimientos, actitudes y cumplimiento. Se determinó PA, peso y talla y se revisaron las historias clínicas, analizando las acciones médicas.

Resultado: entre los hipertensos conocidos, el sexo femenino, conocer el riesgo de accidente cerebrovascular, tener menor PA de la que se cree, consultar en los últimos seis meses y tomar la medicación regularmente, se asociaron al buen control de la hipertensión. Entre los hipertensos no conocidos hay más hombres y más individuos con PA más alta de lo que creen. En este grupo el médico anotó menos veces la PA y el diagnóstico de hipertensión en la historia clínica y midió menos veces la PA en la última consulta.

Conclusiones: promover la consulta regular, educar acerca del riesgo de accidente cerebrovascular, estimular el cumplimiento del tratamiento con especial énfasis en los hombres, medir la PA en todas las consultas y anotar los resultados en la historia clínica, permitiría conseguir un mejor control de la PA entre los pacientes hipertensos. Implementar estas medidas en nuestra práctica habitual contribuiría a mejorar el magro 14% de hipertensos con PA controlada y a reducir la pesada carga de accidentes cerebrovasculares que afecta a nuestra comunidad.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN
ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

SUMMARY

Background: hypertension is highly prevalent and had bad control in our country, for what to help to improve the current situation, we studied the related variables to good blood pressure (BP) control.

Method: we analyzed 803 hypertensive of 2.070 participants in our hypertension survey, those who were asked about knowledge, attitudes and fulfilment. BP, weight and height were measured and the clinical records were checked, analyzing the medical actions.

Result: between the aware hypertensive, female gender, be aware of the risk of stroke, to have minor BP of the one that believes, to consult in the last 6 months and to take the medications regularly were associated with good control of the BP. Between unaware hypertensive there are more men and more individuals with BP higher than they believe. In this group the physician noted down less times the BP and the diagnosis of hypertension in the clinical record and measured less times the BP in the last consultation.

Conclusions: to promote the regular medical visit, to educate about the risk of stroke, to stimulate the adherence to treatment with special emphasis on the men, to measure the BP in all the consultations and to note down the results in the case history, it would allow obtaining a better control of the BP between the hypertensive patients. To implement these measurements in our usual practice would help to improve the scarce 14% of hypertensive with controlled BP and to reducing, the high stroke rate in our community.

KEY WORDS: HYPERTENSION
EPIDEMIOLOGIC STUDIES

Grupo de Hipertensión. Servicio de Cardiología, Asociación Española, Montevideo

Correspondencia: esandoya@um.edu.uy

Financiamiento: Asociación Española

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye un serio problema de salud pública en nuestro medio, dado que 33% de la población adulta la padece, y que solamente 12-14% del total de los hipertensos tienen su PA controlada ^(1,2). Esto permite entender la elevada mortalidad por accidente cerebrovascular (ACV) en nuestro medio, de 104 fallecimientos por 100.000 habitantes por año, cifra que es casi el doble de la observada en los EE.UU. ^(3,4). Además de la elevada mortalidad, nuestro país soporta una pesada carga de años de vida vividos con discapacidad (AVAD) por el ACV, siendo esta la principal causa de AVAD en Uruguay ⁽⁵⁾.

El control adecuado de la PA en los hipertensos tiene importante impacto beneficioso en la incidencia de ACV: bajar 7 mmHg la PA diastólica durante 5 años reduce en 43% su riesgo relativo ⁽⁶⁾. Con la variedad de antihipertensivos disponible actualmente es posible normalizar las cifras de PA en casi todos los hipertensos, lo que desafortunadamente no sucede en la realidad asistencial de nuestro país.

El presente estudio se realizó para evaluar qué variables se asocian a buen control de la PA en los hipertensos, y para estudiar qué diferencias existen entre los hipertensos que conocen su condición de tales y los que no la conocen.

MÉTODOS

Desde 1995 en nuestra institución se lleva a cabo un estudio epidemiológico de HTA y factores de riesgo cardiovascular, en una muestra de 2.070 individuos seleccionados al azar, en forma proporcionada a la edad y sexo, entre los 150.000 asociados de 20 o más años de edad. La selección incluyó a 2.650 personas a las que se invitó a participar del estudio por carta y por vía telefónica, participando 2.070 de ellas al cabo de 3 años. El presente estudio se realizó analizando los datos de los 803 asociados hipertensos existentes entre ellos.

INTERROGATORIO

Se interrogó fecha de nacimiento, años de estudio cursados y se preguntó:

1. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene presión alta?
2. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene diabetes?

3. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene colesterol alto?
4. ¿Cuál es su presión?
5. ¿Cuál debe ser la presión normal?
6. ¿Cuáles son los riesgos de la presión?
7. ¿Fuma?
8. ¿Consultó a su médico en los últimos 6 meses?
9. ¿Toma algún medicamento para la presión?
10. ¿Toma algún otro medicamento?
11. ¿Cada cuánto lo toma?
12. ¿El médico le tomó la PA en la última consulta?

Las respuestas a cada una de las doce preguntas se consideraron de la siguiente forma:

1. Sí o No, incluyendo en esta última categoría las respuestas No y No recuerdo.
2. Sí o No, incluyendo en esta última categoría las respuestas No y No recuerdo.
3. Sí o No, incluyendo en esta última categoría las respuestas No y No recuerdo.
4. Sí, cuando dijo un valor de PAS y de PAD; No, cuando no manifestaba ambos valores.
5. Sí, cuando manifestó 14/9; No cuando no lo hizo.
6. IAM; cuando manifestó infarto, enfermedades del corazón, ataque cardíaco y similares; ACV cuando dijo hemiplejia, parálisis y similares.
7. Sí, cuando fumó un cigarrillo o más en los últimos 6 meses, No en los otros casos.
8. Sí, cuando manifestó que lo había hecho, No si no lo visitó o no recordaba. El participante definió a su médico, los que en muchos casos eran médicos especialistas.
9. Sí cuando el fármaco recibido era un antihipertensivo y No cuando no lo era.
10. Se asignó como un Sí a la pregunta N° 9 cuando el fármaco que refería era un antihipertensivo.
11. Diariamente cuando lo tomaba todos los días y No diariamente cuando no lo hacía así.
12. Sí o No, incluyendo en esta última categoría las respuestas No y No recuerdo.

DETERMINACIONES

Se midió la PA tres veces por un médico cardiólogo, con un equipo semiautomático validado (Omron HEM-705CP) ⁽⁷⁾. Estas medidas se realizaron con el individuo sentado, completamente apoyado en el respaldo de la silla, con ambos pies en el suelo, luego de que hubiera

guardado al menos cinco minutos de reposo, con un intervalo de dos minutos entre cada determinación. El individuo se hallaba con la vejiga vacía, no había fumado y tenía el brazo apoyado en un escritorio, estando en un consultorio silencioso y con temperatura adecuada. Se indicó al individuo que no podía hablar mientras se realizaban las medidas de PA. El médico registró el valor de la PA en milímetros de mercurio inmediatamente después de cada una de las tres determinaciones. Se consideró como valor de PA al promedio de las tres medidas realizadas. Se pesó y se midió la talla de los participantes con una balanza electrónica SECA 508.

ANÁLISIS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

Se revisó la historia clínica analizando si se había consignado el diagnóstico de HTA en alguna oportunidad, valores de PA, si en la última consulta se habían anotado los valores de PA y si se habían indicado fármacos antihipertensivos. También se buscó la constancia de diagnóstico de diabetes, valores de glucemia y si se habían indicado antidiabéticos. Se analizó la existencia de diagnóstico de hipercolesterolemia, la presencia de datos de colesterol total y la indicación de fármacos hipolipemiantes.

DEFINICIONES OPERATIVAS

Se consideró hipertenso cuando tuvo PA ≥ 140 mmHg de sistólica y/o ≥ 90 mmHg de diastólica y/o recibía fármacos antihipertensivos. Se consideró hipertenso conocido cuando el encuestado respondió Sí a la pregunta ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene presión alta? Se consideró HTA en la historia clínica cuando figuraba ese diagnóstico y/o cuando había dos valores de PA $\geq 140/90$ mmHg y/o cuando existía la indicación de fármacos antihipertensivos. La PA se consideró controlada cuando sus valores fueron <140 mmHg y <90 mmHg para la sistólica y diastólica respectivamente. En los individuos diabéticos, también se realizó el análisis considerando PA controlada cuando existió PA $<130/80$ mmHg, como ha sido propuesto. Se consideró PA menor o igual a la que cree tener cuando las cifras de PA sistólica y diastólica fueron menores o iguales a las que respondió a la pregunta 4. Se consideró PA mayor a la que cree tener cuando las cifras de PA sistólica o diastólica fueron mayores a las que respondió en la pregunta 4 o cuando su respuesta a dicha pregun-

ta fue No. Se consideró normopeso cuando el índice de masa corporal (IMC) era <25 kg/m² y sobrepeso cuando éste era ≥ 25 kg/m². Se consideró diabetes cuando existió diagnóstico en la historia clínica o se le había dicho que tenía diabetes, o había dos valores de glucemia superiores a 140 mg/dl, o el individuo recibía fármacos antidiabéticos. Se consideró hipercolesterolemia cuando existió diagnóstico en la historia clínica o se le había dicho que tenía colesterol elevado, o cuando hubo dos valores de colesterol total >240 mg/dL o cuando se había indicado fármacos hipolipemiantes. Se consideró fumador a quién había fumado uno o más cigarrillos en los últimos 6 meses y no fumador a quien no lo había hecho.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

A los efectos de establecer la prevalencia de hipertensión, se realizó ajuste por sexo y edad en categorías de diez años para evitar el sesgo de participación. Se estudió la asociación de las variables cualitativas con el control de la PA mediante el test de chi cuadrado, el riesgo relativo y su intervalo de confianza de 95% con EpiInfo versión 6.04d, Centers For Disease Control & Prevention (USA) & World Health Organization (Switzerland), 2001.

RESULTADOS

La prevalencia no ajustada de HTA fue 39% y la prevalencia ajustada por sexo y edad fue 33%. Los resultados se presentan para el total de los individuos, para los hipertensos conocidos, para los hipertensos no conocidos y se comparan los dos grupos.

TOTAL DE HIPERTENSOS

La edad de los hipertensos fue $60,4 \pm 13$ años, 57% fueron mujeres y presentaron un IMC de 26 ± 9 kg/m². El resto de las características de los hipertensos se presenta en la tabla 1.

De los hipertensos, 68% conocía su condición, 43% estaba tratado y 12% presentaba PA controlada (tabla 2).

Entre los hipertensos diabéticos, 9,9% tenían la PA controlada, porcentaje que baja a 6,6% si se analiza el punto de corte de 130/80 mmHg.

HIPERTENSOS CONOCIDOS

Entre los 803 hipertensos, 547 conocían su condición de tales.

Los hipertensos conocidos tuvieron una

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEL TOTAL DE HIPERTENSOS

N	803
Edad (media ± desvío estándar)	60±13 años
Sexo femenino	457 (57%)
IMC (media ± desvío estándar)	26±9 kg/m ²
Estudios (media ± desvío estándar)	9±4 años
Tabaquismo	126 (16%)
Diabetes	91 (11%)
Hipercolesterolemia	160 (20%)

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS HIPERTENSOS CONOCIDOS

N	547
Edad (media ± desvío estándar)	60±12 años
Sexo femenino	340 (62%)
IMC (media ± desvío estándar)	26±10 kg/m ²
Estudios (media ± desvío estándar)	9±4 años
Tabaquismo	80 (15%)
Diabetes	68 (12%)
Hipercolesterolemia	116 (21%)

edad media de 60 años, 62% eran mujeres, tenían un IMC de 26±10 kg/m² y tuvieron 9±4 años de estudios. El resto de las características se presentan en la tabla 3.

De los hipertensos conocidos, 64% recibía tratamiento para su HTA. Hubo 94 individuos con la PA controlada, lo que representa 27% de los tratados y 17% de los 547 hipertensos conocidos (tabla 4).

De las variables analizadas, cinco mostraron asociación positiva con PA controlada: sexo femenino, PA menor o igual que la que cree tener, conocer el riesgo de ACV, consultar en los últimos seis meses y tomar la medicación regularmente, mientras que las restantes no mostraron asociación. La magnitud de esta asociación, su intervalo de confianza y el valor de p para los dos resultados de cada variable analizada se presenta en la tabla 5.

En la figura 1 se presenta la asociación de cada variable con PA controlada, expresada como riesgo relativo (RR), intervalo de confianza de 95% (IC 95%) y valor de p.

Tener una PA menor o igual a la que se cree

TABLA 2. CONOCIMIENTO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HTA

	N	%
Total de hipertensos	803	100
Conocen su condición de hipertensos	547	68
Reciben antihipertensivos	349	43
PA controlada	94	12

TABLA 4. CONOCIMIENTO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HTA

	N	%
Conocen su condición de hipertensos	547	100
Reciben antihipertensivos	349	64
PA controlada	94	17

tener se asocia a mejor control de la PA: RR (IC 95%) 4,20 (2,93-6,02). Por el contrario, tener una PA mayor que la que se cree o no conocerla se asocia a una probabilidad menor de PA controlada: RR (IC 95%) 0,24 (0,17-0,34) p<0,0001.

HIPERTENSOS NO CONOCIDOS

Entre los 803 hipertensos 256 que no conocían su condición de tales. Estos tuvieron una edad media, IMC y años de estudio similares a los de los hipertensos conocidos, pero con un mayor porcentaje de hombres, tal como se aprecia en la tabla 6. La prevalencia de tabaquismo, diabetes e hipercolesterolemia no fue significativamente diferente que la del grupo con HTA conocida (tabla 6).

En la tabla 7 se presenta el grado de conocimiento, tratamiento y control de la HTA entre quienes no conocían su condición de hipertensos, apreciándose que existen 19 encuestados que toman antihipertensivos y no saben que son hipertensos.

COMPARACIÓN ENTRE HIPERTENSOS CONOCIDOS Y NO CONOCIDOS

En la tabla 8 se presenta la prevalencia de cada variable entre los hipertensos conocidos y entre los hipertensos no conocidos, junto al valor de p.

DISCUSIÓN

La HTA afecta a 33% de los asociados adultos de nuestra institución y entre ellos 68% cono-

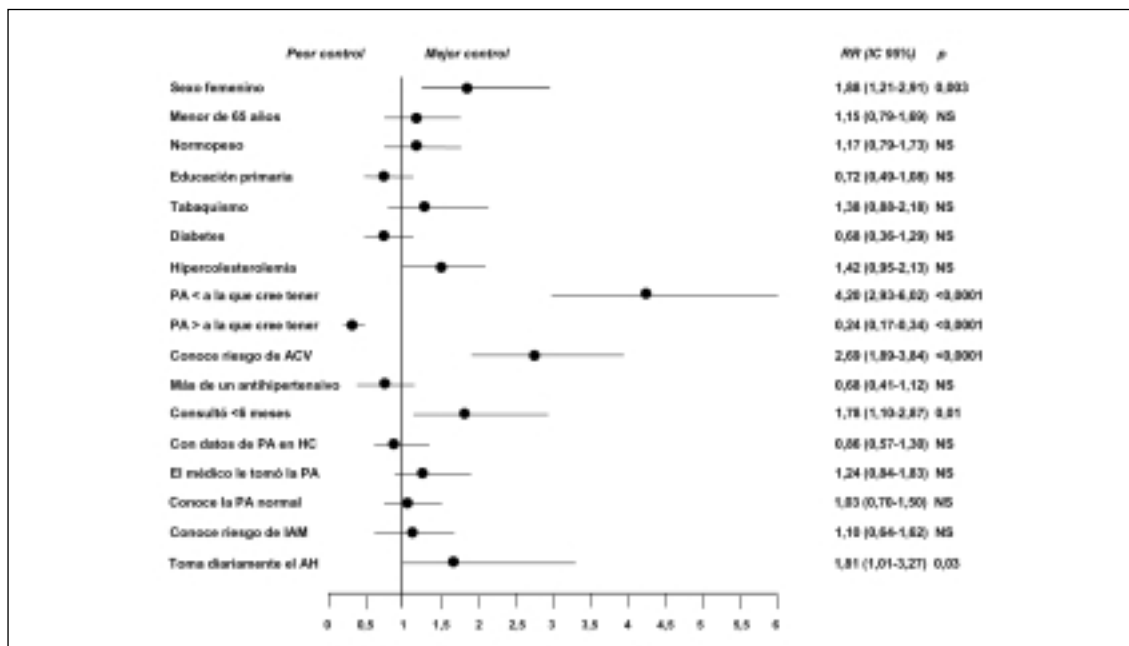


FIGURA 1. Asociación de variables con PA controlada en los hipertensos que conocen su HTA

ce su enfermedad. De los hipertensos conocidos, 64% recibió tratamiento antihipertensivo pero solamente 27% de los tratados tuvo su PA normalizada. Esto significa que sólo 12% del total de hipertensos tuvo su PA adecuadamente controlada. Este porcentaje es inferior al observado en Canadá y en Estados Unidos, pero es similar al hallado recientemente en la atención primaria en España^(9,10).

En el presente estudio se investigó si existían elementos que permitiesen caracterizar a los hipertensos con adecuado control de la PA, así como las posibles diferencias entre los hipertensos que conocen su condición y los que no la conocen, como elemento adyuvante para tratar de mejorar la situación actual.

HIPERTENSOS CONOCIDOS

Entre los hipertensos conocidos, las variables asociadas a PA controlada fueron: sexo femenino, tener una PA menor o igual a la que se cree tener, conocer el riesgo de ACV, haber consultado en los últimos seis meses y tomar la medicación regularmente.

Las mujeres presentaron casi el doble de control de su hipertensión que los individuos de sexo masculino, RR (IC 95%) 1,88 (1,21-2,93), lo que no ha sido observado en otras series^(10,11).

El 76% no conoce sus cifras de PA o cree que son menores de las que tiene; esto se asocia a

solamente 10% de los casos con PA controlada. Por el contrario, una PA menor o igual de lo que se cree se asoció a mejor control de la HTA, RR (IC 95%) 4,20 (2,93-6,02).

Otro elemento asociado con mejor control de la PA es el conocimiento del riesgo de ACV asociado a la hipertensión, RR (IC 95%) 1,78 (1,10-2,87). Solamente 22% de quienes se saben hipertensos y 17% de los hipertensos no conocidos conocen este riesgo, por lo que educar acerca de ello podría ser una oportunidad para mejorar el control de la enfermedad.

Haber consultado al médico en los últimos seis meses se asoció a un control más elevado de la HTA; RR (IC 95%) 1,78 (1,10-2,87). Dado que 30% de los hipertensos conocidos no consultó en ese plazo, aumentar el porcentaje de consulta al médico ayudaría a mejorar el control.

La adherencia al tratamiento, manifestada por tomar diariamente la medicación indicada, también se asoció a mejor control de la PA, RR (IC 95%) 1,81 (1,01-3,27). Por el contrario, no se observó diferencia significativa en el control entre quienes recibían uno o más antihipertensivos, a diferencia de lo que muestran otras series⁽¹⁰⁾. Antes vimos que 32% de los hipertensos conocidos no reciben fármacos, si a esto sumamos 17% que los toma en forma irregular, tenemos que la mitad de los hipertensos conocidos no toman o toman

ELEMENTOS ASOCIADOS AL BUEN CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN INDIVIDUOS HIPERTENSOS

DRES. EDGARDO SANDOYA, CARLOS SCHETTINI, MANUEL BIANCHI, HUGO SENRA

TABLA 5. HIPERTENSOS CONOCIDOS CON PA CONTROLADA PARA LOS RESULTADOS DE CADA VARIABLE

<i>Variable</i>		<i>PA <140/90 mmHg</i>	<i>RR (IC 95%)</i>	<i>P</i>
Sexo	Femenino	21%	1,88 (1,21-2,91)	0,003
	Masculino	11%		
Edad	< 65 años	18%	1,15 (0,79-1,69)	NS
	65 años	16%		
IMC	< 25 kg/m ²	19%	1,17 (0,79-1,73)	NS
	25 kg/m ²	16%		
Educación	Primaria	14%	0,72 (0,49-1,08)	NS
	Mayor que primaria	19%		
Tabaquismo	Sí	22%	1,38 (0,88-2,18)	NS
	No	16%		
Diabetes	Sí	13%	0,68 (0,36-1,29)	NS
	No	18%		
Hipercolesterolemia	Sí	22%	1,42 (0,95-2,13)	NS
	No	16%		
PA que tiene	a la que cree tener	41%	4,20 (2,93-6,02)	<0,001
	> a la que cree tener	10%		
Riesgo de ACV	Conoce	34%	1,78 (1,10-2,87)	<0,001
	No conoce	13%		
Cantidad de fármacos	1	28%	1,36 (0,82-2,24)	NS
	>1	21%		
Fármacos	Diariamente	31%	1,81 (1,01-3,27)	0,03
	No diariamente	17%		
Consulta en seis últimos meses	Sí	20%	1,78 (1,10-2,87)	0,01
	No	11%		
PA o diagnóstico de HTA en HC	Sí	17%	0,86 (0,57-1,30)	NS
	No	19%		
El médico le tomó la PA en la última consulta	Sí	19%	1,24 (0,84-1,83)	NS
	No	15%		
Conoce el valor de PA normal	Sí	17%	1,03 (0,70-1,50)	NS
	No	17%		
Conoce riesgo de IAM	Sí	17%	1,10 (0,64-1,62)	NS
	No	17%		

mal los antihipertensivos, por lo que extender el tratamiento antihipertensivo a todos los pacientes y estimular su toma regular nos brinda otra oportunidad para mejorar.

Se observó una tendencia a mejor control entre los menores de 65 años, con IMC <25 kg/m², más años de estudio, fumadores, hipercolesterolémicos y a quienes el médico les tomó la PA en la última consulta, pero ninguna de estas características fue estadística-

mente significativa. Las otras variables estudiadas tampoco mostraron diferencias significativas.

COMPARACIÓN ENTRE HIPERTENSOS CONOCIDOS E HIPERTENSOS NO CONOCIDOS

No existe diferencia en cuanto a edad, IMC, años de estudio, prevalencia de tabaquismo, diabetes o hipercolesterolemia entre quienes conocen su condición de hipertensos y quienes

TABLA 6. CARACTERÍSTICAS DE LOS HIPERTENSOS NO CONOCIDOS

N	256
Edad (media ± desvío estándar)	60,5 ± 12,2 años
Sexo femenino	117 (46%)
IMC (media ± desvío estándar)	26,1 ± 7,7 kg/m ²
Estudios (media ± desvío estándar)	9,4 ± 4,4 años
Tabaquismo	46 (18%)
Diabetes	23 (9%)
Hipercolesterolemia	44 (17%)

TABLA 7. CONOCIMIENTO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HTA

	N	%
No conocen su condición de hipertensos	256	100
Reciben antihipertensivos	19	7,4
PA controlada	9	3,5

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE VARIABLES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE SER HIPERTENSOS

	Conocidos	No conocidos	P
Sexo femenino	62%	46%	<0,001
Menor de 65 años	62%	64%	NS
IMC <25 kg/m ²	30%	31%	NS
Educación primaria	39%	36%	NS
Tabaquismo	15%	18%	NS
Diabetes	12%	9%	NS
Hipercolesterolemia	21%	17%	NS
PA menor o igual a la que cree tener	24%	9%	<0,001
PA mayor a la que cree tener o desconocida	76%	91%	<0,001
Conoce el riesgo de ACV	22%	17%	NS
Consultó en los seis últimos meses	70%	51%	<0,001
PA o diagnóstico de HTA en la historia clínica	76%	16%	<0,001
El médico le tomó la PA en la última consulta	61%	44%	<0,001
Sabe cuál es la PA normal	63%	54%	0,01
Conoce el riesgo de IAM	81%	75%	NS

no la conocen. Se observó, en cambio, diferencia en la distribución por sexos: entre quienes tienen HTA conocida predominan las mujeres y en el grupo con HTA no conocida predominan los hombres.

A pesar de que la mayoría de los hipertensos creen tener una PA más baja de la que realmente tienen, entre los hipertensos no conocidos es mayor la cantidad que cree esto (91% vs. 76%, $p < 0,001$). Esta característica, así como el sexo masculino se había visto que se asocia a menor control de la PA entre los hipertensos conocidos.

En relación con las actitudes del médico, se comprobó que en quienes no se sabían hipertensos existió menos diagnóstico de HTA o cifras de PA, o ambas, en la historia clínica que lo observado en las de los hipertensos conocidos (16% vs. 76%, $p < 0,001$). Entre los hipertensos no conocidos hubo menos control de la PA por el médico en la última consulta (45% vs. 61% en los hipertensos conocidos, $p < 0,001$). Esto podría obedecer a que el médico tiene una conducta diferente con estos individuos y/o a que estos reconocen como su médico a alguien de una especialidad en cuya consul-

ta no se mide la PA. Independientemente de cuál sea la causa, tomar la PA, anotarla en la historia clínica y establecer en la misma el diagnóstico de HTA, elementos estos que se asocian a un mejor control de la enfermedad, probablemente reflejen una actitud diferente del médico hacia el manejo de esta entidad.

CONCLUSIONES

Pudimos identificar algunas variables que se asocian a mejor control de la PA entre los individuos hipertensos. Las mujeres tienen mejor porcentaje de control que los hombres, así como quienes conocen el riesgo de ACV, consultaron en los últimos seis meses y toman sus fármacos regularmente.

Existe un porcentaje de hipertensos que no conocen su condición de tales, predominando entre estos los hombres y quienes creen tener menos PA de la que realmente tienen.

Para mejorar la situación actual en el control de la hipertensión, se debería estimular la consulta regular de estos pacientes, prestando particular énfasis cuando se trata de individuos de sexo masculino. Educar acerca del riesgo de ACV resultaría beneficioso, teniendo en cuenta que su conocimiento se asocia a mejor control de la PA y que 80% de los hipertensos no conocen este riesgo. El presente estudio muestra que medir la PA en todas las consultas y anotar los resultados en la historia clínica se asocia a mejor control de los pacientes hipertensos, probablemente como indicadores de mayor preocupación de los médicos en el manejo de estos pacientes. Implementar estas medidas en nuestra práctica habitual contribuiría a mejorar el magro 12% de hipertensos con PA controlada existente actualmente y a reducir la pesada carga de accidentes cerebrovasculares que afecta a nuestra comunidad

BIBLIOGRAFÍA

1. Schettini C, Bianchi M, Nieto F, Sandoya E, Senra H. Ambulatory Blood Pressure Normality and Comparison With Other Measurements. *Hypertension* 1999; 34: 818-25.
2. Bianchi M, Schwedt E, Moreira V, Schettini C, Sandoya E, Senra H. Hipertensión arterial: prevalencia, tratamiento y control en 1995-1998 y 1999-2003. *Rev Urug Cardiol* 2003; 18: 114.
3. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 2000-2001-2002. 2003.
4. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics 2003 Update. www.americanheart.org.
5. Vero A, Alpuin L, Aran D, Bonavita A, Caracha O, Fortuna J, Gaye G, et al. Versión Preliminar del Estudio de Carga global de Enfermedad. Programa de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud. Ministerio de Salud Pública. 1996.
6. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, Eberlein KA, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827-38.
7. Grupo de Hipertensión. Asociación Española. Validación de un equipo electrónico para medir la PA. *Rev Urug Cardiol* 1996; 11: 90-3.
8. Sociedad Uruguaya de Cardiología, Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis. 1er Consenso Nacional de Aterosclerosis. 2004.
9. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H, Banegas JR, Giampaoli S, Joffres MR, et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension* 2004; 43: 10-7.
10. Rodríguez Roca GC, Artigao Rodenas LM, Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Banegas Banegas JR, Lou Arnal S, et al. Control de la hipertensión arterial en la población española 65 años asistida en atención primaria. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58: 359-66.
11. Lloyd-Jones DM, Evans JC, Larson MG, O'Donnell CJ, Roccella EJ, Levy D. Differential control of systolic and diastolic blood pressure: factors associated with lack of blood pressure control in the community. *Hypertension* 2000; 36: 594-9.