



Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Raúl Dorticós Torrados”
Policlínico Docente Raúl Suarez Martínez
Municipio Rodas.

TÍTULO

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio

19. Ariza. Rodas. Cienfuegos

AUTORA

Dra. Marimercy Borges Abreus.

Residente de tercer año especialidad Medicina General Integral

TUTORA

Dra.: Dra. Dinorah Janet Torres Lugo. **

**Especialista de I Grado en Psiquiatría Adulto. Especialista de I Grado en Medicina General Integral

ASESOR

Dra. Mariela del Carmen Morales Okata

*** Especialista de segundo grado en Medicina General Integral. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesora auxiliar

Trabajo para optar por el título de Especialista en 1er Grado en Medicina General Integral.

EXERGO

No hay problemas sin solución si lo analizamos con profundidad y trabajamos sin descanso... Y aún allí, en aquellos lugares donde ya no se puede hacer nada, una palabra de aliento es un tesoro.

Fidel Castro Ruz, 17 de diciembre de 1980.

AGRADECIMIENTOS.

- 1. A mi tutor, sin usted y sus virtudes, su paciencia y constancia no lo hubiese logrado tan fácil. Sus consejos fueron siempre útiles cuando no salían de mi pensamiento las ideas para escribir lo que hoy he logrado. Gracias por sus aportes profesionales que las caracterizan y sus palabras de aliento cuando lo necesite. Gracias por sus orientaciones.**
- 2. A los docentes: sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes mis profesores queridos les debo mis conocimientos, Gracias por su paciencia, por su dedicación, perseverancia y tolerancia.**
- 3. A mis padres ustedes han sido el motor que impulsa mis sueños y esperanzas. Siempre han sido mis mejores guías de vida por eso les dedico una meta más conquistada.**

Muchas gracias.

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón mi tesis a mi madre pues sin ella no lo habría logrado, tu bendición me protege y me lleva por el camino del bien, por eso agradezco tu paciencia y amor te amo.

También va dedicado especialmente a todas aquellas personas que me dieron su apoyo incondicional para poder desarrollar mi tesis y no darme por vencida.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es la enfermedad y el factor de riesgo más relevante en la aparición de alteraciones cardiovasculares. Objetivo: caracterizar el comportamiento de los factores de riesgos en pacientes hipertensos del consultorio # 19, Área Rodas en el período 2019 -2022. Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. El universo estuvo constituido por 155 adultos hipertensos y la muestra escogida mediante muestreo aleatorio simple fue de 40 pacientes, a los que se les aplicó un cuestionario. Se caracterizó a la población estudiada según variables socio demográficas y factores de riesgo de hipertensión en los adultos hipertensos. Concluyendo que los factores de riesgos para hipertensión arterial identificados en los pacientes fueron: predominó el grupo etáreo de 50-54 años, el sexo masculino y el color de la piel blanca. Se caracterizaron por tenerla mayoría una escolaridad alta, predominando el estado civil con pareja estable. Según la profesión la mayoría son obreros. Las cifras de tensión arterial se encontraron controladas en la mayoría de los pacientes. La mayoría no realiza ejercicio físico sistemático. Predominaron los pacientes normopesos, que no consumían alcohol de forma nociva, no consumían tabaco. Afirmaron que no consumían exceso de sal y sí consumían frutas y vegetales.

Palabras Claves: factores de riesgo, hipertensión arterial.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Justificación de la investigación	6
Interrogante Científica.	6
MARCO TEÓRICO	7
OBJETIVOS	19
DISEÑO METODOLÓGICO	20
Tipo de diseño de investigación	20
Población de estudio	20
Contexto geográfico y temporal	20
Fuente de información	20
Variables de medición de la respuesta	20
Operacionalización de las variables de medición de a respuesta.	21-25
Métodos y procedimientos estadísticos y de la información	26
Métodos de recolección y Procesamiento de la información.....	28
RESULTADOS	29
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45-54
ANEXOS	55
Anexo -1. AUTORIZACION DEL ESTUDIO	55
Anexo- . CONSENTIMIENTO INFORMADO	56
Anexo -2. ENCUESTA	57-58

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) constituyen uno de los problemas de salud más importantes y complejos en los países desarrollados y en muchos que están en vías de desarrollo. Dentro de las Enfermedades no Transmisibles, la hipertensión arterial (HTA) constituye un factor de gran importancia, por su alta prevalencia y su acción sobre órganos vitales, lo que hace que esta entidad sea considerada como trazadora dentro de las no transmisibles constituyendo por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo para otras enfermedades. Es una de las enfermedades más extendidas en todo el planeta y no en vano ha sido llamada la asesina silenciosa porque a veces nos percatamos de su existencia cuando ya resulta demasiado tarde, por cuanto, los principales riesgos asociados a este entorno no se deben en sí al aumento tensional si no, a ciertas alteraciones patológicas en diversos órganos claves como corazón, riñones, cerebro, los vasos sanguíneos y los ojos. ¹

Según Nicolás Robles, “La presión arterial (PA) es un parámetro cambiante que sigue la presencia de ritmos orgánicos intrínsecos, factores ambientales, físicos y emocionales que actúan sobre los individuos”. ²

En el siglo III d.C., el médico indio Súsruta menciona por primera vez en sus textos los síntomas que podrían ser coherentes con la hipertensión. Personalidades como el Emperador Amarillo en China, el médico Cornelio Celso e Hipócrates estudiaban la forma de tratarla. Su comprensión moderna comienza en los años 1578-1657 por el médico William Harvey en su libro *De motu cordis*. En 1733 Stephen Hales se destacó por ser el primero en realizar la toma de la presión en la historia. ³

La hipertensión arterial, afecta actualmente a un cuarto de la población adulta, manifestándose ya en mil millones de personas en el mundo. Los investigadores calculan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

millones de personas. A nivel mundial constituye el motivo más común de visitas ambulatorias al médico.⁴

La presión arterial sistólica normal corresponde a menos de 120 mmHg y la presión arterial diastólica normal corresponde a menos de 80 mmHg. La comisión nacional cubana define como hipertenso a todo individuo de 18 años o más de edad, que en tres ocasiones distintas y bajo los requisitos establecidos para su toma, presente cifras de presión arterial (PA), de 140 y 90mm de Hg o más para sus tensiones sistólicas y diastólicas respectivamente. Este límite inferior es aceptado, de manera generalizada, como el punto de partida del cual se incrementa, de manera significativa, la morbilidad y mortalidad relacionadas con esta enfermedad. Los límites actuales estudiados como normales quedan por debajo de estas cifras y los individuos que presentan valores de 139 y 89 mm de Hg, son denominados hipertensos marginales.^{4,5}

Se plantea que las cifras de presión arterial (PA) se elevan con la edad y que los valores de presión arterial sistólica (PAS) continúan incrementándose de forma constante, al menos hasta los 75 años, mientras las cifras de presión arterial diastólica (PAD) apenas aumentan a partir de los 50 años. Si bien es cierto que en nuestro entorno la PA aumenta con la edad, esto no ocurre en otras latitudes, por ejemplo: en algunas comunidades tribales, lo cual pone en evidencia que factores dependientes del estilo de vida, como la ingestión de sal, influyen en la tendencia a presentarse la HTA con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años.³

La etiología de la hipertensión arterial es desconocida en el 95% de los casos identificándose como esencial o primaria, siendo el restante 5% de causa secundaria. Esta enfermedad, es de gran interés clínico, epidemiológico y social, afecta a todos los grupos de edades, es de carácter multifactorial, silencioso, hereditario, agregable y tiene efectos notables sobre la salud, la familia y la sociedad.

3

En los últimos años la enfermedad hipertensiva y el envejecimiento poblacional han constituido un verdadero problema de salud a escala mundial, como lo demuestran

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

diversos trabajos que han sido realizados en diferentes países con la asesoría de la Organización Mundial de Salud. Se destaca que esta enfermedad es la más prevalente entre los adultos mayores, pues la mitad de esta población la sufre presentando altas tasas de morbilidad y mortalidad. ^{6,10}

De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias y 4,6 millones por enfermedad Cerebrovasculares. La hipertensión arterial está presente en la mayoría de ellas. ⁶

El envejecimiento se asocia a un incremento en la prevalencia de la HTA derivado de los cambios en la estructura y función arterial propios de la edad. Los grandes vasos son menos distensibles lo cual incrementa la velocidad de la onda de pulso causando aumento de la PAS, incremento de la demanda de oxígeno miocárdico y limitación de la perfusión sanguínea en otros órganos vitales. ⁶

En estos pacientes es frecuente encontrar desbalance autonómico que contribuye, por una parte, a la hipotensión ortostática (aumenta el riesgo de caídas, síncope y eventos cardiovasculares) y por otra a hipertensión ortostática (factor de riesgo de HVI, enfermedad coronaria e ictus). Hay disfunción renal progresiva por glomeruloesclerosis y fibrosis intersticial con reducción del filtrado glomerular y otros mecanismos homeostáticos renales como alteraciones de la bomba sodio-potasio, incremento del sodio intracelular, reducción del intercambio sodio-calcio y expansión de volumen. ⁷

En el mundo la prevalencia de la HTA oscila entre el 30 y el 45 % de la población general independiente de la zona geográfica o el nivel económico del país. Se estima que 1/6 de la población mundial sufre la enfermedad y en algunas poblaciones susceptibles la prevalencia es tan alta que 1 de 4 adultos mayores de 18 años es hipertenso. La prevalencia mundial de la HTA se ha estimado en 1.130 millones en 2015, con una prevalencia > 150 millones en Europa central y oriental. ^{3, 8}

En Europa la HTA tiene una prevalencia más alta (60%), comparada con la de Estados Unidos (46%) o Canadá (32–46%). En Europa, los registros realizados durante la pasada década en los distintos países encontraron una elevada

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

prevalencia de HTA en la población europea (en España, en la población de 35-64 años la prevalencia fue del 47%)^{8,9}

Se calcula que el número de personas con HTA aumentará en un 15-20% en 2025, y llegará a 1.500 millones. (6–10) Continúa siendo la principal causa de mortalidad a nivel mundial, estimándose su implicación en más de 10 millones de muertes anuales. En el 2017 se produjeron 10,44 millones de muertes por esa causa. Es el factor de riesgo que más muertes origina de causa cardiovascular (CV) en el mundo.

8

En América Latina la hipertensión arterial está en aumento. Los resultados en investigaciones muestran que las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la región aumentarán aproximadamente un 145% para el año 2020. En la región uno de cada tres adultos padece de hipertensión arterial. Esto es unos 250 millones de personas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que solo una de cada cinco personas que la padecen logra mantener su presión arterial por debajo del mínimo aceptable que es de 140/90.¹¹

Según datos de la III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles realizada en 2010-2011, la prevalencia de HTA en Cuba es del 30,9 % en personas de 15 años o más, lo que significa que hay 2,6 millones de personas con HTA, ligeramente superior en el área urbana (31,9 %) que en la rural (28,0 %) y sin diferencias significativas en el sexo, con 31,2 % el sexo masculino y 30,6 % el femenino.¹²

Hay una prevalencia mayor en las personas de piel negra con un 40,4% que en las de piel blanca con 30,1 %. A medida que aumenta la edad se incrementa la prevalencia, observándose que, a partir de los 55 años, 5 a 6 personas de cada 10 tienen cifras de PA elevadas. La prevalencia global de la prehipertensión es del 15,6 % con respecto a toda la población. En esta encuesta se encontró que el 22,4 % eran hipertensos conocidos, de los conocidos el 89,3 % estaban tratados y de ellos el 49,2 % estaban controlados.¹²

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

Se ha descrito una fuerte relación entre la prevalencia de la HTA y la mortalidad por ictus y por enfermedades del corazón. En Cuba la tasa bruta de mortalidad fue de 228.2 por 100 000 habitantes de las enfermedades del corazón en el 2018, mientras que por enfermedad cerebrovascular fue 87.9 por 100 000 habitantes y por enfermedad de las arterias la tasa es de 25,5 por 100 000 habitantes. Estas cifras muestran una tendencia sostenida al alza en los últimos años. Otro factor a considerar es que, en el paciente hipertenso usualmente coexisten otros factores de riesgo (FRC) lo que empeora su riesgo.¹³

En Cuba la encuesta citada se encontró que fuman el 23,7% de los hombres y el 16,4 % de las mujeres; la prevalencia de la diabetes mellitus (DM) es del 10 %, el 24,1 % tenían dislipidemia, el sobrepeso global fue del 44,8 % siendo obesos el 15 %, consumían bebidas alcohólicas el 41,7 % y tenían insuficiente actividad física el 30 % de los hombres y el 51 % de las mujeres.¹³

Este panorama, de los más frecuentes factores de riesgo, nos muestra las características que con frecuencia tienen los pacientes hipertensos y que sin su modificación resultaría imposible disminuir su riesgo cardiovascular.¹⁰

En Cuba en el grupo etario de 25-59, existe una tasa de prevalencia de 189.8 para el sexo masculino y para el femenino de 219.4. En el grupo etario de 60-64 años, la tasa de prevalencia es de 734.8 para el sexo masculino y para el femenino de 739.7 y en el grupo de 65 y más años es de 467.2 para los hombres y 528.9 para las mujeres, siendo estos grupos de edades los de mayor prevalencia.¹⁴

Mientras que, en la provincia de Cienfuegos en el 2018, la Hipertensión tiene una tasa de prevalencia de 324.8; la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón causadas por enfermedades hipertensivas fue de 237.9 por 100 000 habitantes.^{15,16}

En el municipio de Rodas de un total de población de 21826 personas, de 25 a 59 años existen 11265 y de ellos 6011 son hipertensos, lo que representa 53.3%. En el consultorio 19, de un total de 1068 personas, 339 personas son hipertensas y de ellos 155 se encuentran entre 25 a 59 años, lo cual representa un 33 %.¹⁵

Justificación del problema

*Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos*

En el Análisis de la Situación de Salud del Consultorio N° 19 de Ariza se identifica un gran número de pacientes con esta enfermedad relacionada con estadísticas por encima de la media provincial y nacional presentando una tasa de prevalencia de 31.7 por cada 100 habitantes.¹⁵

En este sentido, la prevención y diagnóstico temprano de la hipertensión arterial resulta clave para propiciar la ejecución de intervenciones en salud que posibiliten cambios en los estilos de vida y la disminución de las complicaciones que aparecen cuando esta no se diagnostica tempranamente.

El presente estudio constituirá un aporte al conocimiento científico para el diseño de intervenciones que permitan mejorar el estado de salud de los pacientes con estilos de vida no saludables.

Problema Científico

¿Cuál será el comportamiento de los factores de riesgo para hipertensión arterial en adultos hipertensos del consultorio # 19 Ariza, Policlínico Raúl Suárez Martínez?

Marco Teórico

La hipertensión arterial

Tanto la Asociación Norteamericana del Corazón en el Octavo Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC7), así como Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología y Guía Cubana de Hipertensión Arterial han mantenido la definición de hipertensión comenzando a partir de 140/90 mm Hg para adultos de 18 años o mayores.^{5,17}

La clasificación del JNC7 está basada en el promedio de ≥ 2 medidas de la presión arterial en posición sentado, correctamente realizadas con equipos bien mantenidos, en cada una de ≥ 2 visitas médicas. El JNC7 ha definido la presión sanguínea NORMAL como < 120 y < 80 mmHg. Los niveles intermedios, 120 a 139 y 80 a 89 mm Hg, están definidos ahora como prehipertensión, un grupo que ha venido incrementando los riesgos de la salud y desde el cual definitivamente se progresa al de hipertensión arterial.^{5,10,17}

A su vez, la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Internacional de Hipertensión y la Sociedad Europea de Hipertensión / Sociedad Europea de Cardiología, en su publicación del 2007 consideran similarmente que la hipertensión arterial se diagnostica a partir de 140/90 mmHg (inclusive), aunque a diferencia del JNC, consideran 3 categorías en los niveles menores a 140/90 mm Hg, con un nivel óptimo similar a lo que considera el JNC como normal y 2 categorías: normal y normal alta entre 120/80 y 139/89 mmHg. Estas asociaciones también dividen el estadio 2 de la clasificación del JNC78, con un estadio 3 que comienza en ≥ 180 y ≥ 110 mmHg.^{17,19, 20}

La *American Heart Association* (AHA) y el *American College of Cardiology* (ACC) en el año 2014, acordaron formar un panel de 21 miembros para confeccionar nuevas guías para el diagnóstico y el manejo de la HTA. El 13 de noviembre 2017, en la reunión anual de la AHA y el ACC, estas instituciones anunciaron que habían considerado, de conjunto, cambiar la definición de presión arterial alta. Las nuevas

pautas ACC/AHA presentadas, definen la presión arterial sistólica en 130 mmHg o más como hipertensión, mientras que la definición anterior que aceptaban establecía el umbral en valores entre 140 o superiores. También consideran ahora como hipertensos a los que tengan cifras de 80 mmHg o más de presión arterial diastólica, en lugar de 90 mmHg y más. Por tanto, en estas pautas desaparece la categoría de pre-hipertensión, que era la ubicada entre 120 y 139 de PAS y entre 80 y 89 de PAD. De aceptarse estas cifras (PA >130/80 mmHg en lugar de >140/90 mmHg), solo en los Estados Unidos, según las nuevas pautas se incrementarían de manera súbita los hipertensos a 103 millones, alrededor del 46% de los adultos de ese país, frente a 72 millones actuales (32%), según la definición anterior.^{3, 19,25}

Definiciones de la Hipertensión Arterial:

Según el Programa de Hipertensión Arterial en Cuba es definida como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm de Hg o más (se tiene en cuenta la primera aparición de los ruidos), o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm de Hg o más (se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos), o ambas cifras inclusive. Esta definición es aplicable a adultos. En los niños están definidas según su edad otras cifras de presión arterial. Con la toma continua de la presión arterial durante 24 horas, se ha podido establecer el ritmo circadiano de la misma, es decir, las variaciones que normalmente tiene durante el día. La cifra más baja corresponde al sueño profundo de las 3 de la madrugada, después de ese momento comienza a subir y llega a su nivel más alto entre 11:00 am y 12:00 am. Se mantiene hasta las 6:00 pm en que comienza de nuevo a descender, para llegar a su nivel más bajo de 3:00 am a 4:00 am.²⁰

Otras definiciones o tipos de hipertensión arterial.

Hipertensión Sistólica Aislada: A medida que se envejece, la presión sistólica tiende a aumentar y la diastólica tiende a disminuir. Cuando el promedio de presión sistólica es ≥ 140 mmHg y la presión diastólica es < 90 mmHg, el paciente es clasificado en el grupo de hipertensión sistólica aislada. La incrementada presión del pulso (sistólica-diastólica) y la presión sistólica predicen riesgo y determinan tratamiento.^{21, 22, 24,25}

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

Hipertensión Diastólica Aislada: Más comúnmente visto en algunos adultos jóvenes, la hipertensión diastólica aislada se define con una presión sistólica < 140 mmHg y una diastólica ≥ 90 . Aunque la presión diastólica se piensa es la mejor predictora del riesgo en pacientes menores de 50 años, algunos estudios prospectivos de hipertensión diastólica aislada han indicado que el pronóstico puede ser benigno. Este tópico permanece como controversial. ^{18,21, 22, 23,}

Hipertensión de Bata-Blanca o Hipertensión aislada de consultorio: La presión arterial puede ser sólo elevada persistentemente en la presencia de un trabajador de la salud, particularmente un médico. Cuando es medida en cualquier otro lugar, incluso durante el trabajo, la presión arterial no está elevada. Cuando este fenómeno es detectado en pacientes que no están tomando medicación antihipertensiva, es denominado hipertensión de bata blanca. La definición comúnmente utilizada es una presión promedio persistentemente elevada en el consultorio de $>140/90$ mm Hg y un promedio de lecturas ambulatorias estando despierto de $< 135/85$ mm Hg. ^{18, 22, 23,24}

Aunque esto puede ocurrir a cualquier edad, es más común en hombres y mujeres mayores. El fenómeno responsable de esto es definido como la diferencia entre las presiones en el consultorio y las presiones ambulatorias durante el día; esto está presente en la mayoría de los pacientes hipertensos. Su magnitud puede ser reducida (aunque no eliminada) con el uso de dispositivos automáticos que determinan y analizan una serie de presiones arteriales durante 15-20 minutos, con el paciente en un ambiente tranquilo en el consultorio. También es de gran ayuda para su diagnóstico la monitorización ambulatoria de la presión arterial. Otros factores de riesgo para la salud están frecuentemente presentes y deben ser tratados de acuerdo al caso. ^{18, 22,23,24}

Hipertensión Enmascarada o Hipertensión Ambulatoria Aislada: Una condición menos frecuente que la anterior, aunque más problemática para detectar, es la condición inversa de presión sanguínea normal en el consultorio y presión sanguínea elevada en cualquier otro lugar, por ejemplo, en el trabajo o en el hogar. El estilo de vida puede contribuir con esto, por ejemplo, el consumo de alcohol, tabaco, café y la

actividad física. El daño a los órganos blanco se relaciona a elevaciones más prolongadas en la presión arterial fuera del consultorio médico y la presencia de tales alteraciones con una presión normal durante el examen puede ser una pista para seguir. Hay también evidencia que tales pacientes están en un riesgo cardiovascular elevado. En esta situación también es de gran utilidad en el diagnóstico la monitorización ambulatoria de la presión arterial.^{18, 22, 23,24}

HTA maligna: Es la forma más grave de HTA; se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos; los pacientes tienen insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva significativa.^{18, 22, 23,24}

Etiología de la Hipertensión Arterial:

En el 95 % de los pacientes con HTA en la edad adulta, esta se clasifica como primaria o esencial, solo en 5 % de los hipertensos es posible determinar una causa de esa afección; cuando eso es posible se tiene una alta probabilidad de curar definitivamente la enfermedad, de ahí, la importancia de pesquisar y detectar la posible causa en todo paciente hipertenso y de tener presentes las principales formas de presentación de esta modalidad de hipertensión. La HTA secundaria puede deberse a afecciones endocrinas, renales, vasculares y otras; dentro de estas, las enfermedades más frecuentes que cursan con HTA secundaria se encuentran las siguientes:

- Afecciones endocrinas: feocromocitoma, enfermedad de Cushing, hiperaldosteronismo, enfermedades del tiroides y paratiroides.
- Afecciones renales: estenosis de arteria renal, glomerulopatías, enfermedad renal poliquística, enfermedad del parénquima renal.
- Afecciones vasculares: coartación de la aorta.
- Otras causas: apnea obstructiva del sueño.^{(16,18,26}

El médico debe conocer las expresiones clínicas, resultados de los exámenes básicos de laboratorio y otros que orientan a profundizar en la pesquisa y diagnóstico de alguna de esas afecciones que pueden ser causa de HTA secundaria y dirigir

consecuentemente las acciones para su identificación, teniendo en cuenta que algunas de ellas pueden ser curables o tener una terapéutica específica para su control. Muchas de estas afecciones se comportan como HTA resistente o de difícil control, lo que, unido a determinadas manifestaciones clínicas o hallazgos en los exámenes básicos, orienta al diagnóstico de una HTA secundaria.^{3,16, 24}

Sirven de orientación en este sentido los datos siguientes:

- Palpitaciones, *flushing*, crisis de HTA paroxística, neurofibromas
- (feocromocitoma).
- Ingesta de fármacos o sustancias como anticonceptivos orales, regaliz,
- carbenoxolona, nebulizadores nasales vasoconstrictores, cocaína, anfetaminas, glucocorticoides y mineralocorticoides.
- “Cara de luna llena”, obesidad, vergeturas violáceas (enfermedad de Cushing).
- Taquicardia, adelgazamiento, exoftalmos (hipertiroidismo).
- Historia personal o familiar de enfermedad renal, infección del tracto urinario, hematuria, abuso de analgésicos (enfermedad del parénquima renal).
- Masa abdominal, albuminuria (poliquistosis renal).
- Episodios de debilidad o espasmos musculares (hiperaldosteronismo).
- Soplo abdominal, HTA descontrolada en el anciano (estenosis de arteria renal).
- Soplo sistólico interescapular, ausencia de pulso femoral (coartación de la aorta).
- Roncador nocturno, obesidad (apnea obstructiva del sueño).

Una vez sospechada una HTA secundaria, se hace necesario indicar las investigaciones dirigidas al esclarecimiento de esos diagnósticos.^{3, 25,27}

2. Hipertensión arterial primaria

La HTA primaria (idiopática o esencial) la padece aproximadamente del 90 al 95% de los hipertensos. Este término significa simplemente que no se conoce causa orgánica evidente. La etiopatogenia no se conoce aún, pero los distintos estudios indican que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de

la Hipertensión Arterial primaria. La HTA puede ser dañina por efectos primarios: aumento del trabajo del corazón y lesión de las propias arterias por la presión excesiva. El riesgo coronario es paralelo al aumento de la hipertrofia del tejido muscular; igualmente se desarrolla isquemia del ventrículo izquierdo, a medida que aumenta la PA, esta puede ser suficientemente peligrosa para que la persona sufra angina de pecho. La presión muy elevada en las arterias coronarias desarrolla arteriosclerosis coronaria de manera que los pacientes pueden morir por oclusión coronaria.^{3, 29,30}

Actualmente se considera que la hipertensión arterial esencial es un verdadero problema de salud pública. No está clara la patogenia de la hipertensión arterial esencial y las hipótesis de que sus orígenes radicaban en el riñón y en el corazón no son válidas actualmente, debido a la evidencia que demuestra que esta es una enfermedad propia del endotelio vascular en donde se conjugan factores genéticos, ambientales, humorales e inflamatorios del vaso sanguíneo que inducen a disfunción vascular. Se discuten aspectos epidemiológicos y genéticos, enfatizando en el rol patogénico de los genes de angiotensina II, óxido nítrico y endotelina.^{3, 26, 31,32}

La Hipertensión Arterial está asociada a distintos factores personales tanto no modificables, como modificables; estos últimos nos dan la posibilidad de prevenir o retardar la aparición de esta enfermedad.

Factores de riesgo para hipertensión arterial.

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen biológico, físico, químico, psicológico, social o cultural, que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar una enfermedad. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y sirve como un predictor estadístico de la enfermedad y pueden estar localizadas en individuos, familias, comunidades y ambiente. Los factores de riesgo no modificables son aquellos cuya aparición no dependen del individuo como la edad, el sexo, la raza y la herencia. Los factores de riesgo modificables son aquellos cuya aparición está estrechamente ligadas a hábitos del individuo como el tabaquismo, obesidad, stress, alcoholismo, la elevada ingesta de

sodio y el sedentarismo y una vez identificados uno o varios factores de riesgo, estos se pueden modificar mediante el curso de una acción del tipo de un programa de intervención basado en educación para la salud.³³

Factores de riesgo no modificables.

Herencia y desarrollo: La historia de hipertensión arterial en familiares de primer grado de consanguinidad, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad hipertensiva. El crecimiento intrauterino retardado, tiene un importante papel en el futuro funcionamiento de muchos órganos y sistemas. En las últimas décadas se ha sugerido que los eventos implicados en el desarrollo fetal normal tienen efectos a largo plazo e influyen en la salud durante la vida adulta. Variables como desarrollo fetal, peso placentario, bajo peso al nacer, bajo perímetro cefálico y ganancia acelerada de peso durante el primer año de vida, se han relacionado con un mayor riesgo de sufrir hipertensión arterial. Aunque las adaptaciones postnatales pueden ser las responsables de este comportamiento.³³

Edad: La presión arterial tiende a aumentar con la edad. Cerca del 65 por ciento de los estadounidenses de 60 años o mayores tienen presión arterial alta. Sin embargo, el riesgo de prehipertensión y de presión arterial alta está aumentando para los niños y los adolescentes, posiblemente debido al mayor número de niños y adolescentes con sobrepeso. Al momento del nacimiento el promedio de la presión arterial sistólica y diastólica en los países desarrollados se encuentra aproximadamente entre 70 y 50 mmHg respectivamente. Generalmente, la presión sistólica va aumentando poco a poco desde la niñez, adolescencia y la edad adulta hasta alcanzar un valor cerca de los 140 mmHg en la séptima u octava década de la vida, esto se debe a la pérdida de la distensibilidad y la elasticidad de las paredes de las arterias. La presión diastólica también tiende a incrementar con la edad pero con una tasa de crecimiento menor que la sistólica, e incluso tiende a estabilizarse después de la quinta década. Esto no sucede en todas las poblaciones, lo cual demuestra que el aumento de la presión arterial con la edad no es una necesidad biológica. Cuanto más joven sea el

paciente a quien se le diagnostique hipertensión arterial mayor es la reducción de vida si se deja sin tratamiento.^{33, 34,25}

Sexo: Antes de los 55 años de edad, los hombres tienen más probabilidad de tener presión arterial alta que las mujeres. Después de los 55 años de edad, las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de tener presión arterial alta. En la primera infancia parece no haber variación en los niveles de presión arterial entre sexos, pero desde el inicio de la adolescencia los hombres tienden a un nivel más alto que las mujeres. Esta diferencia se hace más evidente en la juventud y la mediana edad. Alrededor de los 50-60 años esta conducta se invierte, lo que reflejaría de manera parcial, la muerte prematura de los hombres con presión arterial más alta. Aunque las mujeres posmenopáusicas tienen la misma probabilidad de presentar enfermedad cardiovascular que los hombres de la misma edad, esto cambia con la terapia de restitución hormonal, ya que el estrógeno está relacionado directamente con efectos protectores sobre el sistema cardiovascular, a corto y largo plazo ^{25, 33,34}

Raza: la población negra tiende a presentar presiones más altas que la población blanca a la misma edad, existiendo diferencias entre un lugar geográfico y otro. Estudio como el National Health and Nutrition Examination Survey en Estados Unidos, reporta una alta prevalencia de la hipertensión arterial en la raza negra, el cual muestra una prevalencia de 40,5% en la raza negra, mientras que en blancos es de 27,4% y en latinos de 25,1%. ^{35,36}

Factores de riesgo modificables

Obesidad: Los mecanismos por los que la obesidad y la distribución de la grasa corporal conllevan un aumento del riesgo de HTA no son bien conocidos. La distribución de la grasa corporal está asociada con la resistencia insulínica que, puede ser una importante causa de HTA, sin embargo, en sujetos delgados, normoglucémicos e hipertensos sin tratamiento presentan más insulinoresistencia que los sujetos normotensos. Igualmente, los pacientes que desarrollan HTA precoz tienen con más frecuencia alteraciones lipídicas, pudiendo ser la resistencia insulínica la que subyace en el conjunto de alteraciones aterogénicas. Es conocido

que un incremento en la relación cintura-cadera, es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de HTA. En individuos obesos el gasto cardíaco, el volumen de eyección y el volumen intravascular son más altos, con una correlación aún mayor con los ácidos grasos libres (AGL) que con la masa adiposa. Se observa mayor nivel de la actividad del sistema nervioso simpático (SNS) que refleja un fallo en la inhibición de la descarga simpática cardíaca. Además, en los individuos obesos existe un aumento del número de adipocitos que secretan distintas sustancias capaces de producir insulinoresistencia, incluidos los AGL y múltiples polipéptidos, entre los que se encuentra la resistina. La mayoría de los pacientes obesos presentan resistencia a la insulina. La hiperinsulinemia resultante es incapaz de mantener la normoglucemia y puede llegar a desarrollar diabetes tipo 2. El aumento de los AGL produce diversos efectos perjudiciales tales como disminución de la sensibilidad a la insulina con inhibición del transporte de glucosa en los músculos y alteración de la vasodilatación y producción de óxido nítrico mediados por la insulina. La hipertensión se puede llegar a producir a partir de los efectos de la hiperinsulinemia o a través de la resistencia a la insulina. En resumen, puede decirse que la hipertensión inducida por obesidad surge de la interacción de al menos cuatro mecanismos.³³

Sedentarismo: varios estudios han demostrado que el ejercicio regular y la actividad física se asocian con niveles menores de presión arterial (PA) y menor prevalencia de HTA. El ejercicio físico previene y restablece las alteraciones en la vasodilatación dependiente del endotelio que aparecen con la edad. Además del efecto sobre la PA, el ejercicio influye favorablemente sobre determinados factores que se relacionan con la cardiopatía isquémica como son la reducción del colesterol y triglicéridos, de la agregación plaquetaria y del peso; aumenta las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y la tolerancia a la glucosa.³³

Estrés: el estrés es un estimulante evidente del sistema nervioso simpático. Los individuos hipertensos y los que probablemente presentarán hipertensión sufren mayor estrés o responden a él de una manera diferente. Existen estudios que avalan

que las personas expuestas al estrés psicógeno pueden desarrollar hipertensión más frecuentemente que quienes no lo sufren. Incluso en individuos jóvenes sanos se ha demostrado disfunción endotelial transitoria después de experimentar estrés mental. Además, la exposición al estrés no sólo puede aumentar la PA por sí sola, sino que también puede generar un aumento del consumo de alcohol y de lípidos. La vía final común para muchos de estos factores es el sistema nervioso simpático (SNS), que participa en las primeras etapas del desarrollo de la hipertensión esencial y en los efectos hipertensivos de la sal, la obesidad, el sedentarismo, y posiblemente también, el estrés. Existe un mecanismo por el que el estrés intermitente se puede traducir en hipertensión sostenida. La adrenalina secretada en la médula suprarrenal induce cambios mucho más importantes y prolongados de la PA que la relativamente breve respuesta de huida. Estimula los nervios simpáticos y además actúa sobre el receptor beta 2 presináptico, para facilitar la liberación de más noradrenalina (NA). Además, puede haber una alteración en la recaptación neuronal de NA en individuos con hipertensión esencial que dejaría expuestas las células vulnerables a niveles más elevados de NA.³³

Alcohol: en las dos décadas anteriores, los estudios epidemiológicos han establecido una relación entre el consumo de alcohol y la HTA, en ambos sexos y para todos los tipos de bebidas alcohólicas. El consumo excesivo de alcohol debe ser considerado como un posible factor de riesgo para la HTA. Se han descrito varios posibles mecanismos por los que el alcohol media su efecto en la PA:²⁶

- Aumento de los niveles de renina-angiotensina y/o de cortisol.
- Efecto directo sobre el tono vascular periférico, probablemente a través de interacciones con el transporte del calcio.
- Alteración de la sensibilidad a la insulina.
- Estimulación del Sistema Nervioso Central.
- Depleción de magnesio que podría provocar vasoespasmo e HTA.

El consumo excesivo de alcohol se relaciona con un aumento de la PA, así como con arritmias cardíacas, miocardiopatía dilatada y accidentes cerebrovasculares

hemorrágicos. La mortalidad por accidente cerebrovascular hemorrágico aumenta en caso de consumo excesivo de alcohol. Existen estudios que sugieren que el consumo moderado de alcohol protege de la enfermedad coronaria y de accidentes cerebrovasculares isquémicos. Se ha descrito que, en las personas con consumo moderado de alcohol, existe una reducción significativa de las moléculas de adhesión endotelial en comparación con los bebedores importantes o con los abstemios, contribuyendo en la protección contra la aterosclerosis.³³

También se ha observado que el consumo moderado de alcohol tiene efecto sobre los lípidos, principalmente elevando los niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y en menor grado, disminuyendo los niveles de las lipoproteínas de baja densidad (LDL). La mortalidad por enfermedad cardiovascular es menor en personas que ingieren alcohol moderadamente (< 2 copas/día). Ingesta baja de potasio. La baja ingesta de potasio (K) en la dieta puede ser un factor de riesgo para la aparición de HTA y de accidentes cerebrovasculares. El K posiblemente desempeña un papel en la prevención de la HTA, pero es improbable que sea tan importante como otros factores, tales como la actividad física, la restricción de sodio, la moderación en el consumo de alcohol y la reducción de peso. Los efectos beneficiosos del K pueden ser debidos a la disminución de la respuesta vascular a otros vasoconstrictores (probablemente mediado por favorecer la liberación de óxido nítrico por el endotelio). También parece existir una relación del K con los cambios en la excreción de sodio (Na): la retención de Na inducida por bajos niveles de K en la dieta, contribuye a elevar la PA en 57 mmHg en pacientes con HTA. Los suplementos de K tienden a disminuir la PA en pacientes hipertensos así como en normotensos. La OMS en un documento del año 2014 recomienda que el consumo de potasio debiera ser aproximadamente de 90 mmol al día, a partir del consumo de alimentos tales como fruta fresca y vegetales. Los alimentos ricos en potasio son las alubias y guisantes (1.300 mg de potasio por cada 100 g), frutos secos (600 mg/100 g), las espinacas, la col y el perejil (550 mg/100 g) y frutas como el plátano (300 mg/100 g).³³

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

Ingesta de sal: el consumo excesivo de sodio (Na) que se ingiere en la dieta en forma de cloruro sódico (sal común, 60% cloruro y 40% sodio), de manera que por cada 2,5 g de sal se toma 1 g de sodio, es uno de los principales factores responsables del origen de la HTA, que induce al aumento del volumen sanguíneo y de la precarga, lo cual eleva el gasto cardíaco. Esta ingesta excesiva es la causa de 30% de la prevalencia de hipertensión en el mundo. El consumo elevado de sal también causa cálculos renales y tiene una fuerte asociación y una base fisiopatológica con la osteoporosis, la mayor gravedad del asma y la obesidad. Los mecanismos por los cuales la ingesta excesiva de Na induce HTA se encuentran los defectos en la excreción renal de Na: vasoconstricción renal y mayores índices de reabsorción proximal de Na. El aumento de la actividad del intercambiador sodio - hidrógeno en el túbulo proximal, mayor nivel en la actividad del SNS. Cada persona debe ingerir por día menos de un total de 2000 mg de sodio o 5 g de sal.³³

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

Objetivos

General:

- ❖ Caracterizar el comportamiento de los factores de riesgos en pacientes hipertensos, en el consultorio médico No.19, 2019-2022.

Específicos:

- ❖ Caracterizar la muestra según variables socio-demográficas edad, color de piel, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil, tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica, años con hipertensión.
- ❖ Identificar factores de riesgo de hipertensión en pacientes hipertensos.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que se desarrolló en el consultorio médico de la familia No 19 de Ariza, municipio Rodas, Cienfuegos en el periodo de octubre del 2019 – julio 2022. El universo fue conformado por la totalidad de 144 pacientes hipertensos de 25 a 59 años del CMF No.19 ubicado en Ariza, y la muestra por 40 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión

La selección de la muestra para aplicar el cuestionario se realizó mediante muestreo aleatorio simple (se confeccionó un listado y se les otorgó un número consecutivo de orden. La selección de los números aleatorios se realizó mediante la aplicación =ALEATORIO.ENTRE(x;xx) del programa Excel del Office 2010,

Criterios de inclusión:

- Adultos hipertensos entre las edades de 25 a 59 años de edad, de ambos sexos, pertenecientes al CMF No 19. Rodas
- Pacientes hipertensos que de forma voluntaria y consciente firmen su consentimiento informado por escrito (ver Anexo II) para participar en el estudio.
- Personas con residencia permanente en el consultorio No.19 del municipio de Rodas.

Criterios de exclusión:

- Adultos hipertensos de 25 a 59 años de edad con alguna capacidad mental limitada, discapacidad física o encamados que dependan del cuidado de otros.
- Adultos Hipertensos de 25 a 59 años de edad que tengan comorbilidad asociadas significativa.
- Pacientes embarazadas.

Criterios de Salida:

- Pacientes que durante la recolección y procesamiento de la información deseen retirarse del estudio, se trasladen de consultorio o fallezcan.

***Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos***

- Cambio de domicilio
- Fallecimiento

Operacionalización de variables.

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa discreta	25, 26, 27.... a 59 años	Edad en años cumplidos al momento de la investigación	Números absolutos. Estadística descriptiva (media, moda)
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Porcentaje y números absolutos
Color de la piel	Cualitativa nominal politómica	Blanca Negra Mestiza	Según características fenotípicas del paciente	Porcentaje y números absolutos
Escolaridad	Cualitativa nominal politómica	Primaria Secundaria Preuniversitario Medio superior Universitario Analfabeto	Según último nivel de escolaridad aprobado	Porcentaje y números absolutos
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Soltero Con pareja estable Sin pareja estable	Según la relación de pareja referida por el paciente	Porcentaje y números absolutos
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Desempleado Ama de casa Trabajador por	Ocupación laboral al momento de la	Porcentaje y números absolutos

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

		cuenta propia Estudiante Dirigente Administrativo Jubilado o pensionado Técnico	encuesta referido por el paciente	
Estado Nutricional	cualitativa nominal	Desnutrido: Inferior a 18,5 Normopeso: Entre 18,5 – 24,9 Sobrepeso: Entre 25 - 29,9 Obeso: superior 30.0	Evaluación del estado nutricional según índice de masa corporal medida peso en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrados	Porcentaje y números absolutos
Años con Hipertensión Arterial	Cuantitativa Discreta	1,2,3,4.....	Número de años que refiera el paciente con diagnóstico de Hipertensión	números absolutos
Tensión Arterial Sistólica	Cuantitativa discreta	60, 61,...mmHg	La cifra de tensión arterial media después de tres tomas tomando en cuenta el primero ruido de Korotkoff, con	números absolutos

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

			números exactos	
Tensión Arterial Diastólica	cuantitativa discreta	100,101,...mmHg	La cifra de tensión arterial media después de tres tomas tomando en cuenta el quinto ruido de Korotkoff, con números exactos	números absolutos
Control de la HTA	Cualitativa nominal dicotómica	Controlado No controlado	Se tendrá en cuenta si el paciente tiene las cifras de la TA según la medición que se le realice en la consulta medica	Numero Absolutos
Ejercicio físico sistemático	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Actividad física que realiza referido por el paciente 5 veces/semana por 30 minutos incluyendo trotar, caminar, montar bicicleta, nadar	números absolutos
Consumo de sal	Cualitativa nominal	Si	Cantidad de sal que consume	números absolutos

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

	dicotómica	No	diariamente referido por el paciente. (Una cucharadita rasa de postre repartida entre el almuerzo y la comida)	
Consumo de grasa	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Cantidad de grasa que consume diariamente referido por el paciente (No consumo excesivo de grasa animal (mantequilla, manteca, queso, crema de la leche y grasa de la carne), alimentos fritos y repostería)	números absolutos
Consumo nocivo alcohol	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Ingestión de bebidas referido por el paciente. (Más de 20ml ó 1 onza de etanol al	números absolutos

*Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos*

			día en hombres y más de 15 ml en mujeres)	
Consumo frutas y vegetales	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Cantidad de frutas y vegetales que consume el paciente. (Un promedio de 5 porciones al día, aunque sean pequeñas, por más de 5 días)	números absolutos
Consumo de tabaco	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Referencia por el paciente de consumir cigarrillos y/o tabaco en cualquier cantidad de forma sistemática	Números absolutos y porcentaje

Metodología:

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

Para la realización de la investigación se contó con la aprobación del director de la Institución. **(Anexo 1)**

Como en toda investigación acerca del proceso salud-enfermedad fueron respetados varios aspectos como la selección no discriminada de la muestra, donde los datos se utilizó sólo con fines científicos.

Las personas que participaron en este proyecto investigativo fueron informadas de los objetivos, procedimientos y posibles resultados y el beneficio que esto traería para ellos en particular y para el resto de la comunidad en general. Se les dio a conocer el carácter voluntario de su participación en el estudio, así como el hecho de no aceptar, no repercutiría negativamente en su interrelación médico paciente.

Para que su voluntariedad en participar constara se les dio a firmar un documento elaborado con ese propósito (Consentimiento informado), el cual fue firmado por el autor y el tutor, se les manifestó la privacidad en el manejo de los datos y que solo serían divulgados los resultados imprescindibles. **(Ver anexo # 2).**

El protocolo fue sometido y evaluado desde el punto de vista metodológico, científico y ético, por un comité de expertos de dicho municipio, que dictaminó estar acorde con los principios éticos y metodológicos para poder continuar con el mismo.

Antes de ser incluidos en el estudio el paciente pudo hacer las preguntas que estimó conveniente, las que fueron respondidas con claridad. Como responsabilidad del investigador estuvo mantener la adherencia a lo establecido en el protocolo.

Para dar salida a los objetivos 1, 2 se aplicó una encuesta para pacientes hipertensos (Anexo # 3)^{*37} nombrada Encuesta evaluación Poblacional 30 x 7 Ministerio de Salud Pública Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles Comisión Nacional de HTA sobre la evaluación del control de HTA en la población.

Se realizó la encuesta propuesta (anexos 3) en la que se incluyó grupo etáreo, edad, raza, escolaridad, años de diagnóstico de la HTA, estado civil, hábitos tóxicos, ocupación).

La medición de la presión arterial cumplió los requisitos importantes para hacerlo con exactitud. El paciente descanso 5 min antes de tomarle la presión arterial. No fumó o

ingirió cafeína por lo menos 30 min antes de tomar la PA estuvo en posición sentada y con el brazo apoyado. El manguito de goma del esfigmomanómetro cubrió por lo menos dos tercios de la circunferencia del brazo, el cual estuvo desnudo. Se insufló el manguito, se palpo la arteria radial. Es importante señalar que la lectura de las cifras estuvo fijada en los 2 mmHg o divisiones más próximos a la aparición o desaparición de los ruidos. Se efectuó dos lecturas separadas por 2 min como mínimo.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL:

La evaluación nutricional fue realizada, en el horario de la mañana, en dicha Consulta a los pacientes hipertensos, por la autora de la investigación previamente entrenada en la aplicación de la técnica. Los datos fueron recogidos en la encuesta aplicada. **(Anexo 3)*³⁷**

El método utilizado, incluyendo las recomendaciones generales, posiciones y planos para medir, e instrumentos de medición, fueron aplicados siguiendo los lineamientos del Programa Biológico Internacional. Para la confiabilidad de los datos, se realizó un control de calidad, a fin de garantizar la precisión y exactitud, en la toma de las medidas. El peso corporal fue medido en kilogramos y para su determinación fue utilizada la Balanza Doble Romana, debidamente calibrada y con su certificación metrológica correspondiente. Para determinar la talla se utilizó el Tallímetro Industrial acoplado a la balanza de adultos.

Índice de masa corporal (IMC): También llamado índice de Quetelet, es un indicador mixto, elaborado a partir de variables que miden dimensiones corporales globales como son el peso y la talla.

Es una medida de peso corregida para la talla. Es un indicador de masa corporal con alta independencia de la talla y según muchos autores, un buen indicador de grasa corporal total (Quetelet, 1871).⁴⁰

Se toman como referencia el peso en Kilogramos, es decir, el peso tomado durante la captación, dividido entre la Talla en Metros al cuadrado quedando de la siguiente forma:

*Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos*

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en Kilogramos}}{(\text{Talla en Metros})^2}$$

Se clasificarlo en:

Clasificación

Inferior a 18,5 Bajo peso

Entre 18,5 y 24,9 Peso saludable

Entre 25,0 y 29,9 Sobre peso

Igual o superior a 30,0 Obeso

Se realizó en el consultorio médico de la familia, en las visitas programadas en el hogar con las condiciones óptimas para la recogida de la información. Estos locales garantizaron la privacidad, seguridad y comodidad tanto para los pacientes que participaron en la investigación como para el investigador que fue el médico de la familia.

Análisis y procesamiento de la información

La técnica cuantitativa que se utilizaron, fueron las antes declaradas y los datos obtenidos se llevaron a una base de datos extendida en el programa estadístico SPSS en su versión 18.0 en español para Windows. Para resumir la información se utilizaron las medidas de resumen para variables cualitativas: porcentaje. Los resultados fueron expresados en tablas con frecuencias absolutas y porcentajes.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla No. 1: Distribución de pacientes hipertensos según grupo de edad.
Consultorio 19, Ariza. 2022**

Grupo de edad	No.	%
25 a 29 años	2	5.0
30 a 34 años	2	5.0
35 a 39 años	5	12.5
40 a 44 años	8	20.0
45 a 49 años	6	15.0
50 a 54 años	9	22.5
55 a 59 años	8	20.0
Total	40	100.0

Fuente: encuesta

Estadígrafo de la edad	
Media	46.13 años
Mediana	47.50 años
Moda	55 años
Varianza	75.7 años
Mínimo	25 años
Máximo	59 años

Fuente: encuesta

En la tabla 1 se muestra la distribución de los pacientes hipertensos según grupo de edad, observándose que predominó el grupo etario de 50 a 54 años de edad (22.5%), seguido con igual cantidad los grupos de 40 a 44 años y 55 a 59 años representado un 20 %. La media de edad de 46.13 años, la mediana de 47.50 años, la moda de 55 años; con un mínimo de edad de 25 años y un máximo de 59 años.

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

Con respecto a la edad, la autora considera que constituye uno de los factores de riesgo para desencadenar cifras tensionales elevadas. En la medida que una población envejece más alto es el riesgo de padecer esta enfermedad.

Según el estudio realizado por Sánchez Villafañes Daylis y autores en la distribución de los pacientes según grupos de edades se observó un predominio en el grupo de edades comprendidos entre los 45 a 49 años y los 50 a 54 años de edad, con el 27.1 y 16.9 %, respectivamente coincidiendo con esta investigación.³⁹

Se han realizado otros estudios los cuales no coinciden con esta investigación. El Dr. Fonseca Cabrera encontró en su investigación encontró que los grupos de edades menos frecuentes fueron los comprendidos en los dos estratos entre 50 y 54 años y los de 55 a 59 años, los cuales alcanzan un porcentaje de 7,7% respectivamente⁽⁴⁰⁾ Por otra parte López Acevedo y autores plantean en su estudio que el grupo de edades más afectadas correspondió al de 64 a 75 años no coincidiendo con este estudio.⁴¹

Según Ali Pérez, la edad constituye uno de los factores de riesgo para desencadenar cifras tensionales elevadas, es un factor importante en la génesis de la hipertensión arterial en la medida que una población envejece más alto es el riesgo de padecer esta enfermedad.⁴²

Tabla No. 2: Distribución de pacientes hipertensos según sexo. Consultorio 19, Ariza. 2022

Sexo	No.	%
Masculino	21	52.5
Femenino	19	47.5
Total	40	100.0

Fuente: encuesta

La tabla No.2 Muestra la distribución de los pacientes hipertensos según el sexo representando mayor cantidad el sexo masculino con 21 pacientes hipertensos lo

*Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos*

cual representa un 52.5% de la población estudiada y el sexo femenino en menor cantidad con un total de 19 pacientes siendo un 47.5%.

Considerando la autora de la investigación que ambos sexos presentan riesgo de ser hipertensos, por la predisposición genética individual, comorbilidades asociadas y la influencia de factores de riesgo modificables.

Con respecto al sexo coinciden con los estudios de Perera ⁴³, Pérez ⁴⁴, señala que la hipertensión sistólica aislada tiene mayor prevalencia entre los hombres que entre las mujeres. La literatura internacional ⁴⁵, determinó que las féminas presenten menor riesgo de desarrollar HTA que los hombres.

Sin embargo, no coincidiendo estos resultados con Nazario⁴⁶, Pedroso⁴⁷, y López⁴⁸, quienes encontraron predominio de las féminas en sus estudios.

El mayor número de pacientes del sexo femenino está en correspondencia con los datos aportados por el Anuario Estadístico de Salud del año 2019-2020, donde se expuso una tasa prevalencia de Hipertensión Arterial por 1 000 habitantes, de 191,3 en el sexo masculino y de 222,7 en el sexo femenino en la población de 25-59 años ¹⁴, no coincidiendo con esta investigación.

Según Ali Pérez, la edad constituye uno de los factores de riesgo para desencadenar cifras tensionales elevadas. En la medida que una población envejece más alto es el riesgo de padecer esta enfermedad, ^{42,49}, identificándose las personas mayores de 60 años un grupo de riesgo.

Tabla No. 3: Distribución de pacientes hipertensos según color de la piel. Consultorio 19, Ariza. 2022

Color de piel	No.	%
Blanca	26	65,.0
Negra	14	35.0
Total	40	100.0

Fuente: encuesta

*Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos*

La tabla no.3 muestra el color de la piel en el cual predominó el color de piel blanca representada por un (65 %) de la población estudiada y en minoría el color de la piel negra representada por un 35%. A juicio de la autora el predominio del color de piel blanca se debe a que es característica de la comunidad en estudio.

No coincidiendo con el Estudio National Health and Nutrition Examination Survey en Estados Unidos ^{37,38}, que reporta una alta prevalencia de la hipertensión arterial en la raza negra y que producen en ellos mayor morbilidad y mortalidad.

Tabla No. 4: Distribución de pacientes hipertensos según nivel de escolaridad. Consultorio 19, Ariza. 2022

Escolaridad	No.	%
Secundaria	11	27.5
Preuniversitario	13	32.5
Universitario	16	40.0
Total	40	100.0

Fuente: encuesta.

En la tabla 4 se observa que los hipertensos se caracterizaron por alcanzar escolaridad universitaria la mayoría (40.0%), seguida de preuniversitario terminado (32.5 %) y secundaria (27.5 %). No presentamos pacientes analfabetos, ni primaria o media superior. Según la autora se aprecia un alto nivel de escolaridad en la comunidad estudiada.

Algunos autores mencionan que la baja escolaridad está asociada a mayores tasas de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial. ⁵⁰

También plantean que el nivel de escolaridad resulta importante ya que mientras el nivel educacional de los pacientes sea menor no acatarán las observaciones e indicaciones médicas con respecto a su enfermedad, incidiendo de forma negativa en los resultados de la labor médica en esta y otras enfermedades. ^{51,52}

*Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos*

Sin embargo, Montes Quiroz y autores afirman que el grado de escolaridad no es una influencia fuerte entre el conocimiento y la formación académica.⁵³

**Tabla No.5: Distribución de pacientes hipertensos según estado civil.
Consultorio 19, Ariza. 2022**

Estado civil	No	%
Soltero	8	20.0
Con pareja estable	26	65.0
Sin pareja estable	6	15.0
Total	40	100.0

Fuente: encuesta

En la tabla No.5 que muestra la distribución del estado civil de los pacientes hipertensos se puede apreciar que la mayoría tiene pareja estable representada por 65.0%, seguida de solteros representando un 20% y pacientes sin pareja representando un 15%. Considera la autora que el estado civil no influye en la enfermedad estudiada.

**Tabla No.6: Distribución de pacientes hipertensos según ocupación.
Consultorio 19, Ariza. 2022**

Ocupación	No	%
Desempleado	3	7.5
Ama de casa	8	20.0
Obrero	18	45.0
Dirigente	1	2.5
Administrativo	2	5.0
Jubilados	1	2.5
Otros	6	15.0
Total	40	100.0

Fuente: encuesta

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

En la tabla No.6 se observa la distribución de los pacientes hipertensos según la ocupación, encontrando que los obreros representan el 45,0%, seguido por las amas de casa representando un 20%, y también existe un 15% de otras ocupaciones las cual lo integra los cuenta propia y desempleados.

Se evidencia que el mayor por ciento de la población estudiada son los obreros y aunque el estrés laboral no constituye un factor de riesgo descrito en los pacientes, Ali Pérez ⁴² lo identifica en su investigación. Un análisis realizado por Gamage, et al, en un personal administrativo donde la frecuencia de esta enfermedad fue del 32,4%, encontrándose estadísticamente asociada al estrés laboral, esto último hace considerar que los aspectos psicosociales son determinantes de esta patología. ⁵⁵

Otros estudios argumentan que según la ocupación los pacientes generan un estrés laboral que es el responsable de la elevación de la presión arterial de acuerdo con estudios realizados con la ayuda de MAPA. Se comprobó que la presión arterial en el horario de la mañana, en horas de trabajo es más elevada que en las mismas horas durante los fines de semana, se observó la correlación entre la presión arterial y la masa del ventrículo izquierdo era más estrecha con relación a la actividad laboral. ⁵⁶

En el caso de las féminas demandan más atención para tratar sus problemas de salud, por poseer menor tasa de empleo fuera del hogar y se exponen a mas estresores que pueden ocasionar una mayor una mayor cantidad de trastornos psicosomáticos como dicha afección. ⁵⁴

Tabla No. 7: Comportamiento de la tensión arterial sistólica en pacientes hipertensos. Consultorio 19, Ariza. 2022

Cifras de Tensión arterial sistólica	No	%
110mmHg	3	7.5
120mmHg	14	35.0
125mmHg	1	2.5
130mmHg	16	40.0
135mmHg	1	2.5
140mmHg	3	7.5
150mmHg	2	5.0
Total	40	100.0

Tabla No.8: Comportamiento de la tensión arterial diastólica en pacientes hipertensos. Consultorio 19, Ariza. 2022

Cifras de Tensión arterial sistólica	No	%
60mmHg	7	17.5
65mmHg	2	5.0
70mmHg	7	17.5
80mmHg	18	45.0
85mmHg	1	2.5
90mmHg	5	12.5
Total	40	100.0

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

Estadígrafos	Tensión arterial Sistólica	Tensión arterial diastólica	Años con hipertensión
Media	126.75 mmHg	75.38 mmHg	11.35 años
Mediana	130 mmHg	80 mmHg	10.00 años
Moda	130 mmHg	80 mmHg	10 años
Mínimo	110 mmHg	60 mmHg	1 años
Máximo	150 mmHg	90 mmHg	30 años

Fuente: encuestan

Según los datos obtenidos las cifras de tensión arterial sistólica presentaron una media de 126.75 mmHg y moda de 130 mmHg. La cifra de tensión arterial sistólica de 130mmHg representó un 40% (16 personas), seguido de la cifra de 120 mmHg (35.0%). Se presentaron valores máximos de 150 mmHg y mínimos de 110 mmHg. En cuanto a la tensión arterial diastólica su media es de 75.38 mmHg, la moda fue de 80mmHg. El 45% (18 personas) presentaron cifras de 80mmHg de tensión arterial diastólica, con valores mínimos de 60 mmHg y máximos de 90mmHg.

Los años con diagnóstico de hipertensión presentó valores máximos de 30 años y mínimo 1 año, con una media de 11.35 años.

Se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes hipertensos presentan cifras de tensión arterial controladas que esta dado porque la mayoría de los pacientes cumplían con el tratamiento farmacológico, contaban con la disponibilidad de medicamentos y seguían las indicaciones médicas. Lo cual no tiene similitud con el estudio realizado en el área I del municipio de Cienfuegos en la Segunda medición de la iniciativa CARMEN donde se encontraban controlados solo el 23.8% del total de hipertensos.¹⁶

**Tabla No. 9: Comportamiento del ejercicio físico en pacientes hipertensos.
Consultorio 19, Ariza. 2022**

Ejercicio físico sistemático	No.	%
si	8	20.0
no	32	80.0
Total	40	100.0

Fuente: encuesta

Se aprecia en la tabla No.9 la práctica del ejercicio sistemático, un total de 32 personas afirmaron que no realizan ejercicios físicos sistemáticos, representando un 76%. Por otra parte (8 personas) si realizan ejercicio físico, representando el 20%, reconociendo los beneficios de practicar deporte.

La mayoría de los pacientes están caracterizados por llevar una vida sedentaria y no reconocer los efectos beneficios del deporte para la salud, lo cual no coincide con el estudio un estudio realizado por Pérez Pupo. ⁽⁵⁷⁾. Un estilo de vida físicamente activo, mejora las sensaciones de bienestar general y la salud, por tanto, el sedentarismo es uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en la población general. ⁽⁵⁸⁾.

La contrapartida del sedentarismo es la actividad física. Las personas que mantienen un estilo de vida físicamente activo o una buena forma física tienen menores tasas de mortalidad que sus homólogos sedentarios y una mayor longevidad. ^{59,60}

**Tabla N 10: Distribución de pacientes hipertensos según estado nutricional.
Consultorio 19, Ariza. 2022**

Estado nutricional	No.	%
Normopeso	23	57.5
Sobrepeso	10	25.0

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

Obeso	7	17.5
Total	40	100.0

Fuente: encuesta

Al aplicarle la encuesta a 40 personas que conforman este estudio y al realizarle el examen físico hemos podido apreciar que la mayoría de los pacientes hipertensos eran normopeso representando un 57.5 %, conformado por (23 personas). Seguido del sobrepeso conformado por 10 personas (25.0%). En la minoría se encuentran los obesos con un total de 7 personas (17.5%).

La autora considera que a pesar que la mayoría de la población es normopeso, seguidamente se encontraba el sobrepeso que pudiera influir en la descompensación de la enfermedad.

En la actualidad 122 millones de adultos tienen sobrepeso u obesidad que contribuye al aumento de la presión arterial y sus consecuencias relacionadas. ^{53,61}

Zaldivar Mejía y Gómez Aguirre, plantea entre los mecanismos fisiopatológicos que explican una mayor prevalencia de HTA en los adultos con mayor IMC destacan una mayor circulación de angiotensinógeno proveniente de los adipocitos intra abdominales, una mayor reabsorción renal de sodio, una redistribución del flujo sanguíneo intrarrenal y la hiperinsulinemia. ⁶²

Sin embargo, no coincidiendo plantean Pérez Pupo y Rodríguez Lazo que el estudio realizado en un centro de diagnóstico integral en Venezuela son pocos los pacientes que relacionan la HTA con la actividad física y la obesidad ⁵⁷

Tabla No. 11: Consumo de frutas y vegetales en pacientes hipertensos. Consultorio 19, Ariza. 2022

Consumo de frutas y vegetales	No.	%
Si	21	52.5

***Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos***

No	19	47.5
Total	40	100.0

Fuente: encuesta

De las 40 personas estudiadas, 21 refirieron consumir frutas y vegetales representando un 52.5%. Un total de 19 personas (47.5%), afirmaron que no consumen frutas y vegetales no reconociendo sus efectos beneficiosos.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Tafur paredes y cols. (2017), quienes al respecto mencionan que el 3.2 % de los sus pacientes refieren que no es recomendable una dieta rica en frutas, verduras y pobre en grasa, el 3.2% que no es aconsejable reducir el consumo de sal, el 6.5% también dice que la dieta no puede controlar la hipertensión arterial. ⁽⁶³⁾.

Sin embargo, Montes Quiroz Alejandrina y autores plantean que la dieta y ejercicio fue una de las categorías en las que más conocimiento poseían los participantes de la investigación, registrándose 32 pacientes (50%) con buen nivel y 7 (10.93%) con nivel regular. 52 sujetos de investigación aseveraron que una dieta pobre en grasas y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la presión arterial y 56 encuestados aconsejan reducir el consumo de sal, mientras que 44 participantes aseguran que se puede controlar la hipertensión con dieta. ⁽⁵³⁾

Tabla No.12: Comportamiento del consumo nocivo de alcohol en pacientes hipertensos. Consultorio 19, Ariza. 2022

Consumo nocivo de alcohol	No.	%
Si	3	7.5
No	37	92.5
Total	40	100.0

Fuente: encuesta

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

Al analizar el consumo nocivo de alcohol que refirieron los pacientes hipertensos estudiados, se obtuvieron los resultados resumidos en la Tabla 12. Del total de pacientes, 92.5% de los encuestados (37 personas) no consumían alcohol, mientras que el 7.5% de los encuestados refirieron sí consumir alcohol de forma nociva (3 personas).

Existe una relación entre el consumo de alcohol, las cifras de tensión arterial y la prevalencia de la hipertensión. Las presiones diastólicas y sistólicas se encuentran relacionadas significativamente a la ingesta de alcohol y a patrones de ingestión de alcohol. Se ha encontrado en estudios que los niveles de presión arterial fueron mayores en personas que tomaban diariamente a diferencia de los que tomaban solo en fines de semana. ²⁶

Según autores se ha demostrado el daño de la excesiva ingesta de alcohol y su asociación en la aparición o complicación de diversas enfermedades. En el caso de la hipertensión arterial representa un importante factor de riesgo, asociado a la misma incrementa la probabilidad de enfermedad vascular encefálica, así como propicia una resistencia a la terapia hipotensora. ¹⁷

Tabla No. 13: Comportamiento del consumo de tabaco en pacientes hipertensos. Consultorio 19, Ariza. 2022

Consumo nocivo de tabaco	No.	%
si	12	30.0
no	28	70.0
Total	40	100.0

Fuente: encuesta

Al analizar el comportamiento del consumo nocivo de tabaco, se observa en la tabla 13, que el 70% representado por 28 personas manifestaron que no consumían tabaco, el 30% (12 pacientes hipertensos) afirmaron presentar el consumo nocivo del hábito tóxico.

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

Sobre el tabaquismo como factor de riesgo asociado a la hipertensión arterial, estos resultados coinciden con Josep Redon en los que se encuentra que solo el 30% de los pacientes investigados reconocen algunas de estas condiciones.⁵³

No se coincide con un estudio realizado por Pérez Pupo donde 88 pacientes lo identificaron como factor predisponente de la hipertensión arterial representada por un 60.22%.⁵⁷

H. Pardell Alenta plantea que la hipertensión arterial y el tabaquismo son dos condiciones crónicas altamente prevalentes, afectando a más del 30% de la población adulta, cada una de ellas por separado y hasta al 5 % como mínimo su asociación. El riesgo cardiovascular derivado de su existencia es muy elevado, siendo la HTA el principal factor de riesgo en la mayoría de países del mundo y el tabaquismo la principal causa de muerte evitable. Los diversos componentes del tabaco y del humo del tabaco actúan a distintos niveles del organismo, originando alteraciones fisiopatológicas que explican las complicaciones derivadas, mayormente la aceleración del proceso arterioescleroso y las alteraciones vasculares y endoteliales observadas en el fumador, la propia elevación tensional, las alteraciones hemorreológicas y del sistema de coagulación y diversas alteraciones endocrinas hemodinámicas. Todas ellas subyacen en el desencadenamiento de la enfermedad coronaria y cerebrovascular, las dos principales complicaciones cardiovasculares de la HTA potenciadas por el tabaquismo.⁶⁴

Tabla No.14: Comportamiento del consumo de sal en pacientes hipertensos. Consultorio 19, Ariza. 2022

Consumo de dieta baja en sal	No.	%
Si	32	80.0
No	8	20.0
Total	40	100.0

Fuente: encuesta

*Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos*

El consumo de dieta baja en sal, se observa en la tabla 11. Un total de 32 personas afirmaron que sí consumían dieta baja de sal, lo cual representa el 80% de los pacientes encuestados. Por otra parte (8 personas) manifestaron que sí consumían en exceso este condimento representando un 20%.

A consideración de la autora coincide la mayoría de las personas estudiadas que consumen una dieta baja en sal, lo cual no constituyendo un factor de riesgo grave en la población estudiada.

No coincidiendo con la investigación de Acosta González, et al., mencionan que el consumo de sal (63.7% de los pacientes) y grasa saturada (51.6%) son factores que favorecen la hipertensión arterial.⁶⁵

Conclusiones

Los factores de riesgos para hipertensión arterial identificados en los pacientes fueron: predominó el grupo etáreo de 50-54 años, el sexo masculino y el color de la piel blanca. Se caracterizaron por tenerla mayoría una escolaridad alta, predominando el estado civil con pareja estable. Según la profesión la mayoría son obreros. Las cifras de tensión arterial se encontraron controladas en la mayoría de los pacientes. La mayoría no realiza ejercicio físico sistemático. Predominaron los pacientes normopesos, que no consumían alcohol de forma nociva, no consumían tabaco. Afirmaron que no consumían exceso de sal y sí consumían frutas y vegetales.

Recomendaciones

Se recomienda realizar estudios similares en otras áreas e instituciones de salud, que sirvan de sostén para trazar estrategias de intervención para mejorar a la calidad de vida de estos pacientes, evitando complicaciones futuras.

Bibliografía:

1. Salazar Cáceres PM, RottaRotta A, Otiniano Costa F. Hipertensión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana [Internet]. 2016 Jan [cited 2019 Mar 27]; 27(1):60–6.
Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=116381257&lang=es&site=ehost-live>
2. Iben Arfox M, Bampi Paixão G, Da Costa Alves, LH, De Carvalho Ribeiro W, García Cabrera RI, Marcon-Teixeira LH, et al. Hipertensión arterial en estudiantes de medicina de la UPAP Pedro Juan Caballero. CIMEL [Internet]. 2018 [citado 10 Dic 2019]; 23(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.23961/cimel.v23i1.1020>
3. Espinosa Brito AD. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Rev Finlay [Internet]. Feb 2018 [citado 12 Dic 2019]; 8(1): [aprox. 65-74 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay>
4. Ronald G V. Hipertensión Arterial. En: Goldman L, Ausiello DA, Shafer AI. Goldman-Cecil: Tratado de Medicina Interna. 25. ed. España: Elsevier; 2017.p. 381-97.
5. Albert Cabrera MJ, Montano Luna JA, Prieto Días VI, Céspedes Lantigua LA. Afecciones Cardiacas. En: Álvarez Sintés R, Báster Moro JC, Hernández Cabrera G, García Núñez RD. Medicina General Integral..3ra. ed.IV. La Habana:Editorial Ciencias Médicas ; 2014. 1163-81.
6. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez G. Hipertensión arterial sistémica en el adulto mayor. Recomendaciones para la práctica clínica. Revista Médica del IMSS [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 Mar 27];54: S75–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=118760686&lang=es&site=ehost-live>
7. Wilber JA, Barrow JG..Hipertensión arterial en el anciano. Tratado de medicina.Hanon, O. [Internet]. 2014 March. [citado 2019 Mar 27]; 18 (1): 1-6.

Disponible

en:[https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})

8. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. [Internet]La Habana: Editorial Ciencias Médicas ;2014. [citado 16 Jun 2020]72p. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/indicep.htm
9. Ramírez-Palacios P, Gallegos-Carrillo K, Galicia-Naranjo M, Antúnez-Albarrán D, Montes-Alvarado J, Durán-Arenas L. Reorganización y manejo clínico para el control de la hipertensión en el primer nivel. Rev Méd del Inst Mex Seguro Social [Internet]. 2018 Jan [cited 2020 Mar 27];56: S26–37. Disponible en :<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=129547061&lang=es&site=ehost-live>
10. Sierra, C. Hipertensión arterial en el anciano. Hipertensión y riesgo vascular. [Internet]. 2017 Jan[citado 2020 Mar 27];34(2):26-9. Disponible en :[https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})
11. Dos Santos Tavares DM, Oliveira Barreto G, Aparecida Dias F, Sousa Pegorari M, Fernandes Martins NP, dos Santos Ferreira PC. Diferencias en Los Indicadores De Calidad De Vida Del Adulto Mayor Con Hipertensión Arterial Que Vive en El Área Urbana Y Rural De Minas Gerais, Brasil. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2016 Jan [cited 2021 Mar 27];32(1):58–65. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=101914443&lang=es&site=ehost-live>
12. Waisman, G. Hipertensión arterial en el anciano. Hipertensión y riesgo vascular. [Internet]. 2017 abril. [citado 2021 Mar 27]; 34(2): 61-64. Disponible en

:[https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})

13. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, De la Noval García R et al., Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial. Revista cubana de medicina [Internet]. 2017 Nov. 12[cited 2020 Jun17]; 11(E):2-12. Disponible en : <http://www.infomed.sld.cu/index.php/>
14. MINSAP. Dirección de Registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud. Cuba 2020. [citado 25 May 2021] Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne/
15. MINSAP. Dirección de Registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud. Rodas 2019
16. Delgado Acosta HM, Lastre Navarro K, Valdés Gómez ML, Benet Rodríguez M, Morejón Giraldoni AF, Rodríguez JR. Prevalencia de hipertensión arterial en el Área I del municipio Cienfuegos. Segunda medición de la iniciativa CARMEN. Rev. Finlay Ene,-.Mar. 2015[citado 16 Jun 2020]; 5 (1). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/100/1051> MINSAP
17. Sociedad Española de Hipertensión. Guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial [Internet] España: Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA); 2017[citado Feb 2022]. Disponible en : <https://www.seh-lelha.org/guias-acc-aha/>
18. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008 Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Guía Cubana de Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med [Internet]. 2017[citado 27 Dic 2019];56(Suplemento Especial):[aprox. 85p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol56_sup_17/sumario.htm
19. Beades Martínez A, Fortún Campo A, Méndez Pimentel M, Casillas Villaseñor M. Fístula carotídeo-cavernosa asociada a hipertensión arterial no controlada.

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

- Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 jun [citado 2020 Mar 27]; 22(3): 204-211. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300021&lng=es
20. Perez CMD, Leon AJL, Dueñas HA, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rec cubana med. 2017;65(4):242-321.
21. Espinoza Diaz CI, de los Ángeles Morocho Zambrano A, Pesantez Placencia LF, Shiguango Shiguango NN, Morales Carrasco AP, Córdova Córdova HS, et al. Hipertensión arterial y factores asociados en adultos mayores de la parroquia de Baños, Cuenca. Revista Latinoamericana de Hipertension [Internet]. 2018 Aug [cited 2020 Mar 27];13(4):344–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=133574319&lang=es&site=ehost-live>
22. Heras Benito, M.; Fernández-Reyes, M.J.; Guerrero. Niveles. Hipertensión y riesgo vascular [Internet]. 2017 July [citado 2020 Mar 27]; 34 (3). 115-119. Disponible en : [https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})
23. Roca Goderich. Temas de Medicina Interna (en 3 tomos), Editorial Ciencia Médicas. Quinta Edición; La Habana: 2017. Vol I. p 379-407
24. Caucanas, C.; Blacher, Tratamiento inicial de la hipertensión arterial esencial del adulto. Tratado de medicina. [Internet]. 2018 June [citado 2019 Mar 27]; 22(3) 1-6. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})
25. Álvarez Sintés R, Báster Moro J. C, Hernández Cabrera G., García Núñez R. D. Medicina General Integral (en 5 tomos), Editorial Ciencia Médicas. Tercera Edición; La Habana: 2014. Vol IV. p 1163-1180.

*Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos*

26. Bell Castillo Josefa, George Carrión Wilberto, García Céspedes María Eugenia, Delgado Bell Evelyn, George Bell María de Jesús. Identificación del síndrome metabólico en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial. MEDISAN [Internet]. 2017 oct [citado 2019 Mar 28]; 21(10): 3038-3045. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001000007&lng=es
27. Reyes Caballero MC, Menéndez Gálvez L, Obregón Pérez JN, Nuñez Rodríguez M, García Aguila EJ. Efectividad de una intervención educativa para modificar conocimientos sobre estilos de vida en pacientes hipertensos. ENDUMECENTRO[Internet]. 2021 Mar [citado 2021 Sep 5];13(1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207728742021000100149&lng=es
28. Achiong Estupiñán Fernando J, Olano Moreno M Fong Ramírez E, Alfonso León JA, Achiong Alemañy M, Achiong Alemañy F. Intervención en hipertensos no controlados pertenecientes a la provincia de Matanzas en el año 2010. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2011 Dic [citado 2019 Nov 13]; 49(3): 373-383. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300006&lng=es
29. Cremé Lobaina E, Alvarez Cortés JT, Selva Capdesuñer A, Deulofeu Betancourt B, Ianco Álvarez A. Pesquisa de hipertensión arterial en una población mayor de 15 años de un consultorio médico de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2017 abr [citado 2020 Mar 28]; 21(4): 407-414. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000400004&lng=es
30. Mena-Díaz FC, Nazar G, Mendoza-Parra S. Antecedentes de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. Hacia

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

- promoc. Salud [Internet]. 2018 de [cited 2020 Mar 27]; 23(2):67-78. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772018000200067&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.2.5>
31. Fernández López. M. Hipertensión Arterial Sistémica. Información para pacientes. Educación para la Salud. Departamento de Cardiología. [Internet].2018 oct. [citado 2020 Mar 28]; 23(12):89- 120. Disponible en:<https://www.epsnutricion.com.mx › dotos>.
32. Sánchez Ramírez LC, Hall Bisset Y, Pozo Vinueza MA, Galindo Reymond D, Duany Sánchez E. Alternativa terapéutica para el tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. Rev de ciencia y tecnología en la cultura física. [Internet]. 2018 septiembre–dic., [citado 2020 Jun 16]; 13(3): 193-201.Disponible en: <http://podium.upr.edu.cu/index.php/podium/article/view/759>
33. Cuzco Tello LV. Propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio Médico 11. Centro de Salud Pascuales. 2015-2016. [Internet] Disponible en: <http://192.188.52.94/bitstream/3317/7416/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-28.pdf>
34. Rodríguez Domínguez L, Díaz Sánchez ME, Ruiz Álvarez V, Hernández Hernández H, Herrera Gómez V, Montero Díaz M. Factores de riesgo cardiovascular y su relación con la hipertensión arterial en adolescentes. Rev cubana med [Internet]. 2014 mar [citado 2022 Jun 16]; 53(1): 25-36.Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0034-75232014000100004&lng=es>
35. Redmond N, Baer HJ, Hicks LS. Health behaviors and racial disparity in blood pressure control in the national health and nutrition examination survey. Hypertension.2011 mar;57(3):383-9.doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.161950.Epub 2011 Feb 7.MID.21300667,PMCID:PMC3048351

*Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos*

36. Fuchs F. Why Do Black Americans Have Higher Prevalence of Hypertension? An Enigma Still Unsolved Hypertension. 2011; 57:379-80. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.163196
37. HTA Encuesta evaluación Poblacional 30 x 7 Ministerio de Salud Pública Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles Comisión Nacional de HTA .Encuestas sobre la evaluación del control de HTA en la población.
38. National Institutes of Health NIH, National Heart, Lung, and Blood Institute NHLB. The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Bethesda: National Institutes of Health. 2000, NIH publication 00-4084.
39. Sánchez Villafañes, D; Rodríguez González JL; Sánchez RR ,Gómez Liriano FA; Coss Rodríguez, Estheines Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos Rev Inf Cientí Internet], 2014 [citado 2022 Jun 16]; 85(3): Disponible en: <http://www.revcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1125>
40. Fonseca Cabrera D .Título: Intervención educativa en la prevención de los factores de riesgos de la hipertensión arterial consultorio Barrio la Unidad. Diciembre 2016 – Agosto 2017.
41. López Acevedo A, Esquivel Carmenate A, Pérez Zayas J, Quintero Pérez A .Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes de consultorio médico no 13 Guáimaro.
42. Ali Pérez NA, Reyes Ali JF, Ramos Labrada N, Herrada Cuevas M, García Álvarez R. Principales factores de riesgo de la hipertensión arterial en trabajadores del Banco de Sangre Provincial “Renato Guitart Rosel”. MEDISAN. [Internet]. 2018 [citado 2021 May 5]; 22(4): [aprox. 8 p]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000400003&lng=es

43. Perera Matos H. Modificación de conocimientos sobre factores de riesgo en los pacientes hipertensos. [tesis] 2012. Universidad de Ciencias Médicas. Villa Clara. <http://www.infomed.cu>.
44. Pérez Manso K. Modificación de conocimientos en pacientes con hipertensión arterial pertenecientes a un grupo básico de trabajo. [tesis]. 2009. Policlínico "Plaza". La Habana. <http://www.infomed.cu>.
45. Petermann F DE, Labraña AM, Martínez MA, Leiva AM, Garrido-Méndez A, et al . Factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión arterial en Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2017 [citado 12/03/2021]; 145():[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872017000800996&lng=es
46. Nazario Jerez B. Modificación de algunos factores de riesgo en los pacientes hipertensos de la comunidad [tesis]. 2013. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey. <http://www.infomed.cu>.
47. Pedroso López G. Modificación de conocimientos sobre los factores de riesgos modificables en pacientes hipertensos. [tesis] 2012. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey. <http://www.infomed.cu>.
48. López García S. Intervención educativa sobre estilos de vida saludable en pacientes con hipertensión arterial. 2012. Policlínico "Cerro". La Habana. <http://www.infomed.cu>.
49. Mejía Navarro AA, Mejía Navarro JC, Melchor Tenorio S. Frecuencia de hipertensión arterial en personas adultas del Barrio México, Puyo, Pastaza, Ecuador. Revista Cubana de Reumatología [Internet]. 2020 [citado 12/03/2021]; 22(2):[aprox. e115 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181759962020000200008&lng=es.
50. Nascente, F. M. N. (2010). Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. Arquivos Brasileiros de

Cardiológicos, 95(4) http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2010005000113&script=sci_abstract&tlng=pt

51. World Health Organization, International Society of Hypertension writing group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens. 2003; 21:2004-92.
52. Braunwald E. [et.al]. Harrison: Principios de Medicina Interna. 11ed. t.1. México
53. Montes Quiroz Alejandrina y autores .Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial (HTA) de adultos de una comunidad rural de Nayarit. South Florida Journal of Development, Miami, v.3, n.2. p.2024-2035, mar./apr., 2022. ISSN 2675-5459
54. Vázquez Machado A. Factores de riesgo psicosociales de hipertensión arterial en una comunidad venezolana. MEDISAN Reumatología [Internet]. 2014 Feb[citado 2022 Nov 01]; 18(2):[211-18]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200010&lng=es.
55. Álvarez Marín MG, Reyes Vega AG, Carrión Arias LE, Villa Feijóo, AL, Arriciaga Nieto AK; Porres Gonzaga KJ, ET AL. Prevalencia de los factores de riesgo psicosociales en el personal hipertensión arterial y correlación administrativo de una institución de Machala-Ecuador. Revista Latinoamericana de Hipertensión [Internet]. 2020 ; 15(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/19418.
56. Bellido Claudio A y Rusak EJ. Estrés e hipertensión arterial. Efectos de la Tension arterial sobre la hipertensión arterial [Internet]. [cited 2020 Mar 27];13(4):514–518. cap. 109. <http://www.studocu.com8>.
57. Pérez Pupo R. D., Rodríguez Lazo M. (2015). Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico

*Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos*

Integral de Venezuela. Correo científico Médico, 19(3):406-417.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60935>

58. García Pérez R M, García R, Roche G, Pérez Jiménez D, Bonet Gorbea M. Sedentarismo y su relación con la calidad de vida relativa a salud. Cuba, 2001. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2007 Jan- Apr; 45(1):89-95
59. Enrique J, Fiona B, Andrea N. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentarla actividad física como prioridad en la región de las Américas. Rev Panam Salud Públ. 2003; 14(4):56-68.
60. Rown D F, Jackson T W. Diabetes: tight control in a comprehensive treatment. Plan Geriatr. 2004; 49(6):24-9.
61. Lores Clavel J. Factores de riesgos modificables en pacientes hipertensos pertenecientes a una comunidad venezolana. Tesis. Venezuela: Instituto Superior de Ciencias Médicas: 2004
62. Zaldivar Mejía, C. d R. y G. Gómez Aguirre. (2014). Calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial de la coordinación de Ixtlahuaca sur, i.s.e.m. Tesis de pregrado, <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14966>
63. Tafur Paredes, C., L. F. Vásquez Suito, R. Nonaka, M K. Sachico. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de atención del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Iquitos-2017.
http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4871/Cinthia_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
64. H. Pardell Alenta, P. Armario García y R. Hernández del Rey .Tabaco, presión arterial y riesgo cardiovascular. vol 20 num.5.pag 226-233 jul 2003
DOI10.1016/s1889-1837(03)71387-7
65. Acosta González M., G. Debs Pérez, R. de la Noval García, A. Dueñas Herrera. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Revista cubana Enfermería, 21(3).

*Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos*

Anexos

ANEXO 1.

AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIO.

TITULO Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio
19.Ariza .Área Rodas. Cienfuegos

Yo Dr. (a) _____ Director(a) Municipal de
Salud de Rodas he sido informado de su interés por la realización de un estudio que
tiene como objetivo caracterizar el **comportamiento de los factores de riesgos** en
pacientes hipertensos del consultorio # 19 del Policlínico Área Rodas “Raúl Suarez
Martínez en el período 2019 -2022. Considerando la situación actual que presenta
nuestro municipio respecto a esta problemática creo oportuno la realización de este
trabajo y como constancia de aprobación firmo la presente.

Firma Dtor Municipal de Salud.

Día _____ Mes _____ Año _____

ANEXO 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

TITULO: Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos.
Consultorio 19.Ariza .Área Rodas. Cienfuegos

Después de haberseme explicado por parte del jefe del proyecto los objetivos que se persiguen con el estudio, y ser aclarada las dudas que he tenido; de que mi participación en el estudio es voluntaria, que todo lo informado por mí será confidencial y debidamente custodiada, donde lo que yo informe no será de conocimiento por mis familiares ni otras personas, decido firmar el presente documento.

Por tanto: por todo lo planteado anteriormente y para expresar libremente mi conformidad, firmo el presente documento de participación en el estudio.



ANEXO 3

Ministerio de Salud Pública

Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles

Comisión Nacional de HTA

Encuestas sobre la evaluación del control de HTA en la población.

I- Datos personales:

1.-Nombre y Apellidos: _____

2.-Edad: ____ 3.-Sexo: F ____ M ____ 4.-Color de la piel: Blanca ____ Negro ____

Mestiza ____

3.-Escaridad: Analfabeto ____ Primaria ____ Secundaria ____ Preuniversitario ____

Media superior ____ Universitario ____

4.- Estado Civil: Soltero ____ Con pareja estable ____ Sin pareja estable: ____

5.- Ocupación:

Obrero ____ Técnico ____ Dirigente ____ Administrativo ____ Ama de casa ____

Desocupado ____ Jubilado o pensionado ____ TCP ____ Estudiante ____

II- Datos de la enfermedad:

1.- Peso ____ (Kg)

2.- Talla ____ (cm)

3.- IMC: Inferior a 18,5 ____ e/ 18.5 - 24.9 ____ e/ 25.0 – 29.9 ____ Igual o superior a 30.0 ____

4.- Años con HTA diagnosticada ____ años

5.- Toma de la TA en el momento actual:

1era toma: TA Mx ____ Mn ____

2da toma: TA Mx ____ Mn ____

3era toma: TA Mx ____ Mn ____

Promedio TA: TA Mx ____ Mn ____

Comportamiento de factores de riesgo en pacientes hipertensos. Consultorio 19. Ariza .
Rodas. Cienfuegos

6.- Teniendo en cuenta el promedio de TA últimos 12 meses se considera:

Controlado si menor de 140 / 90 mmHg _____

No controlado si mayor o igual 140 / 90 mmHg _____

7. Tratamiento No farmacológico.

Responda las siguientes afirmaciones **Sí o No** según sea su caso:

	Si	No
Práctica sistemática de ejercicios físicos. (5 veces/semana por 30 minutos incluyendo trotar, caminar, montar bicicleta, nadar).		
Dieta baja de sal. (Una cucharadita rasa de postre repartida entre el almuerzo y la comida, no consumir alimentos en conservas y embutidos, galletas, pan, maní, queso, mantequilla, mayonesa, rositas de maíz entre otros).		
Dieta baja de grasa. (No consumo excesivo de grasa animal (mantequilla, manteca, queso, crema de la leche y grasa de la carne), alimentos fritos y repostería).		
Consumo nocivo de alcohol. (Más de 20ml ó 1 onza de etanol al día en hombres y más de 15 ml en mujeres)		
Consumo de frutas y vegetales. (Un promedio de 5 porciones al día aunque sean pequeñas, por más de 5 días)		
Consumo de cigarrillos o tabaco		

Si su respuesta fue afirmativa al consumo de cigarrillos o tabaco diga:

8.- Cantidad de años que lleva fumando _____

9.- Cantidad promedio de cigarrillos diarios: _____

10.- Encuesta realizada por: _____

Fecha ____/____/____

