



**TRABAJO DE TERMINACION PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA DE 1^{ER} GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

**TÍTULO:
ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS
JOVENES HIPERTENSOS CMF-9, ÁREA IV.
CIENFUEGOS**

Autora: Dra. Aimet Cuenca Lujan

Residente de 3er Año de Medicina General Integral.

Tutor: MSc. Dra. Dayme Rodríguez Fumero

Especialista en I Grado en Medicina General Integral. Profesora Asistente

“Año 64 del triunfo de la Revolución”

2022

PENSAMIENTO

*“**Resolver** el problema después de conocer sus elementos, es más fácil que resolver el problema sin conocerlos. [...] Conocer es resolver. ”*

José Martí (1853-1895)

DEDICATORIA

A mi familia y especialmente a mi más grande tesoro: mi hija

A las personas que lo han dado todo para ver este momento hecho realidad.

.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia que nunca escatimaron en participar de este proyecto.

Al colectivo de profesores de la especialidad por la formación brindada.

A mis compañeros de estudio, por los momentos compartidos.

¡A todos Muchas Gracias!

RESUMEN

Introducción: El estilo de vida que adopten las personas tendrá repercusión con la salud tanto física como psíquica; por lo que se puede decir que la salud es algo más que una dimensión biológica y no sólo depende de tener o no una enfermedad. La hipertensión arterial es considerada uno de los tres factores de riesgo más relevantes de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Objetivo: Caracterizar los estilos de vida en los pacientes adultos jóvenes hipertensos del consultorio 9 del área IV del municipio de Cienfuegos. **Método:**

estudio descriptivo, de corte transversal, de enero 2021 a julio del 2022 **Universo**

y muestra: 147 pacientes hipertensos adultos jóvenes (18-35 años), de ellos 76

masculinos y 71 femeninos, que cumplieran con los criterios de inclusión y

exclusión. **Resultados:** predominaron los pacientes de 33-35 años hipertensos,

masculinos, de color de la piel no blanca y sobrepesos; en cuanto al estado civil

fue más frecuente la unión estable y no existieron diferencias en cuanto al nivel de

escolaridad. La Hipertensión Arterial en familiares de primer grado de

consanguinidad, madres y abuelos y la hipercolesteronemia fueron los factores

más destacados entre los antecedentes de salud. Los hábitos alimentarios

inadecuados y hábitos tóxicos fueron los más relevantes en los pacientes objetos

de estudio. **Conclusiones:** Los estilos de vida de los pacientes adultos jóvenes

hipertensos que participaron en el estudio fueron no saludables e inadecuados, no

existiendo diferencias en cuanto al sexo.

Palabras Clave: hipertensión arterial, estilo de vida.

ÍNDICE

<u>Introducción:</u>	1
<u>Objetivos.</u>	9
<u>Marco teórico.</u>	10
<u>Diseño Metodologico</u>	24
<u>Resultados.</u>	29
<u>Discusion de los Resultados</u>	39
<u>Conclusiones.</u>	45
<u>Recomendaciones</u>	46
<u>Bibliografía</u>	47
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Durante la última mitad del siglo XX, debido al alta prevalencia, puede considerarse que el 35 % del riesgo de manifestaciones cardiovasculares del aterosclerosis es atribuible a la presencia de hipertensión arterial (HTA). Los pacientes con este padecimiento poseen un riesgo moderado de sufrir una afección cardiovascular entre cinco y diez años después del diagnóstico.^{(1), (2)}

La hipertensión arterial se define como las cifras superiores a 140 mmHg sistólica y 90 mmHg diastólica o que este antecedente se presente en individuos con cifras normales en el momento de la toma, pero bajo medicación hipotensora. Éste 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 el ascenso de tensión.

La hipertensión arterial, junta con el sobrepeso y la obesidad, constituyen las enfermedades más frecuentes en la población adulta, y al mismo tiempo son las que pueden ser prevenidas y combatidas. En el caso de la HTA, el diagnóstico es más o menos sencillo; su atención en la mayor parte de los pacientes es relativamente poco compleja cuando se basa en medidas de cambio de estilo de vida; cuando es necesario el uso de los medicamentos, el costo puede ser bajo y los resultados muy favorables.⁽¹⁾

Se ha definido la hipertensión como una presión arterial de 140/90 mmHg o superior, actualmente es considerada como un trastorno poligénico y multifactorial, en el cual la interacción de múltiples genes entre sí y con el medio ambiente es importante, además constituye uno de los problemas médico-sanitarios más importantes de la medicina contemporánea y es una entidad de las más frecuentes a nivel mundial entre las enfermedades crónicas no transmisibles; en el mundo se estima que mil millones de personas la padecen.⁽³⁾

Las investigaciones realizadas durante los últimos 20 años han demostrado claramente que muchos de los problemas de salud dependen de los

factores propios del estilo de vida o del entorno y que estos factores pueden ser modificados. La hipertensión arterial constituye un ejemplo clásico. Además, es evidente que varios factores de riesgos modificables, como el tabaco, el colesterol sérico elevado, la vida sedentaria y la obesidad contribuyen significativamente a las enfermedades cardiovasculares. ⁽⁴⁾

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo tratable más fácil de reconocer de varias entidades, entre ellas el infarto de miocardio. En la actualidad, aproximadamente el 54 % de los ictus y el 47 % de las cardiopatías isquémicas que se producen en el mundo pueden atribuirse a la elevación de la presión arterial. ⁽⁴⁾

Se ha establecido que diversos factores de riesgo incrementan la probabilidad de desarrollar HTA, entre los que se encuentran el aumento de la edad, piel negra, el incremento de la frecuencia cardíaca, los valores basales de la presión arterial, la pre-hipertensión, la obesidad y el incremento de peso a lo largo del tiempo, el incremento de la masa ventricular izquierda en los niños y los factores genéticos o historia de HTA en los padres. ⁽⁵⁾

La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, fundamentalmente la falta de ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad. ⁽⁶⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los estilos de vida no saludables que se adquieren durante la vida se encuentran dentro de las causas modificables de hipertensión arterial. ⁷ La OMS define a los estilos de vida como el conjunto de comportamientos/actitudes y actividades que adquieren y desenvuelven las personas, ya sea individual o colectivamente, de tal forma que satisfacen sus

necesidades como seres humanos, logrando el alcance de su desarrollo como persona. ⁽⁸⁾

La salud de las personas ancianas se puede relacionar con el estilo de vida; los estilos de vida poco saludables generan la aparición de enfermedades crónicas. La detección oportuna en estilos de vida no saludables, permiten el desarrollo de programas preventivos, al disminuir la frecuencia y mejorar la calidad de vida.

Mundialmente existen 1130 millones de personas con hipertensión arterial y 420 millones son de países en vías de desarrollo. Los investigadores señalan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas. ⁽⁹⁾ Se estima que de los 691 millones de personas que padecen HTA, 15 millones de muertes son causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades del corazón y 4,6 millones por enfermedades encefálicas. En el continente americano cerca de 140 millones de personas sufren de hipertensión, mientras en América Latina y el Caribe se calcula entre 8 y 30 %. ⁽¹⁰⁾. Uno de cada cinco adultos tiene hipertensión arterial y las complicaciones derivadas de tal enfermedad son la causa de 9,4 millones de defunciones cada año, según la Organización Mundial de la Salud. En los países en desarrollo, muchas personas con hipertensión no saben que la padecen ni tienen acceso a los tratamientos que podrían controlar su presión arterial y reducir significativamente su riesgo de defunción y discapacidad por cardiopatía o accidente cerebrovascular. Diagnosticar, tratar y controlar la hipertensión es una prioridad de salud en todo el mundo.

En la región de América Latina, estudios relacionados a la interrupción del tratamiento se encontró un índice de adhesión de 44 a 90%. ⁽¹¹⁾

En América Latina y el Caribe, de acuerdo a los datos de la Organización

Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia de HTA oscila entre el 8% y el 30%. A pesar de que el tratamiento regular de la HTA consigue una reducción de la aparición de complicaciones y la mortalidad por esta enfermedad, alrededor de 30% de los hipertensos diagnosticados no está bien controlado. ⁽¹²⁾

A nivel mundial, la proporción de pacientes que cumplen con su terapia hipertensiva, varía del 27% en Gambia, 43% en China y el 51% en Estados Unidos. En el caso de los pacientes tratados que presentan un buen control de la presión arterial son el 30% en los EE. UU, el 7% en el Reino Unido y el 4,5% en Venezuela. ⁽¹⁰⁾

En Latinoamérica se encuentra que en Chile el 59,8% de la población hipertensa tiene conciencia de su enfermedad, sin embargo, solo el 36,3% se encuentra en tratamiento y el 11, 8% tiene su hipertensión controlada ⁽⁸⁾, se calcula también que la adherencia al tratamiento farmacológico en el Programa Salud Cardiovascular de este país es del 54% a los 4 meses de iniciada la terapéutica y de 35% a los 12 meses de tratamiento, porcentaje limitado teniendo en cuenta que la persona con hipertensión está comprometido a ingerir fármacos desde el primer mes en adelante. ⁽¹⁰⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los adultos de los países industrializados y con más desarrollo económico, aunque también existe en muchos de los países en vías de desarrollo. Las tasas de mortalidad por HTA son altas desde 1990; por ejemplo, Argentina informa el 46,6 %, Chile 46,4 % y Puerto Rico 40,5 %. Se estima que, en 1999, las enfermedades no transmisibles estuvieron relacionadas con casi el 60 % de los fallecimientos registrados en el mundo y con un 43 % de la morbilidad. Se calcula que, para el año 2020, esta cifra alcanzará el 60 % y que esas dolencias serán la causa de un 73 % de las muertes. ⁽³⁾

En Cuba, la hipertensión arterial (HTA), como enfermedad primaria se encuentra entre las tres primeras causas de muerte, se estima que existen alrededor de 2 millones de hipertensos (25% de la población mayor de 15 años y casi el doble en mayores de 60 años), por lo que constituye un problema de salud que se enfrenta con un enfoque multidisciplinario, tanto en la población urbana como rural, donde alcanza la prevalencia del 30 % y el 15 % respectivamente; a partir de 1974 el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) ha participado conjuntamente con la OMS

en la elaboración e implantación de un programa nacional para la prevención y control de la HTA, este se ha rediscutido, actualizado según acorde a la mejor evidencia internacional a través de los años, enfatizándose en lo que le corresponde a la Atención Primaria de Salud (APS).⁽⁸⁾

La hipertensión arterial en Cuba, presenta una alta prevalencia y es el principal factor de riesgo de enfermedad coronaria del corazón, primera causa de muerte en nuestro país. En Cuba, paralelo al aumento de la esperanza de vida, se ha producido un aumento de la hipertensión arterial, como causa de múltiples entidades. En Cuba existen casi dos millones y medio de pacientes hipertensos, exactamente.⁽¹⁾

Investigaciones realizadas en Cienfuegos dan cuenta que la HTA afecta alrededor del 19.9 % de la población mayor de 15 años del municipio cabecera, prevaleciendo más en los hombres, que en las mujeres; más frecuente en las mujeres negras que en las blancas y sin diferencias entre los hombres negros y los hombres blancos. La prevalencia aumenta con la edad en hombres y en mujeres, con cambios considerables en los hombres a partir de los 35 - 44 años y en las mujeres una década después. Tal información es relevante para guiar las acciones de prevención primaria y de detección temprana de la enfermedad.^{(13), (14)}

En la primera medición del Proyecto CARMEN, en el año 2007, encontró que más del 70 % de los hipertensos refirió conocer que padecía la enfermedad, el 61 % llevaba tratamiento para esta y el 65 % de los tratados conseguían cifras de PA < 140/90 mmHg. La tasa total de control en la población llegó al 40 %, una de las tasas de control más elevadas del mundo. Tales resultados se justifican por las acciones promovidas por el Programa Nacional para el manejo de la HTA, particularmente a nivel de la APS.⁽¹⁴⁾ El Proyecto Global Cienfuegos después de cuatro años redujo la prevalencia de Hipertensión Arterial de 43,9% a 38,5%. Dentro del proyecto nacional emprendido para el control de la Hipertensión Arterial le corresponde un papel muy importante a la atención primaria de salud pero como todo sistema se hace imprescindible la interrelación de todos y cada uno de los

factores, de ahí al primer escalón del frente de batalla el Consultorio del Médico de Familia.⁽¹⁵⁾

La carga de mortalidad cardiovascular de Cienfuegos no difiere de la observada en el resto del país. Los servicios de salud en la provincia están organizados en un sistema centralizado y están basados en consultorios atendidos por un médico y una enfermera de la familia. En la provincia de Cienfuegos en el año 2014 se arrojaron cifras de 91403 pacientes hipertensos, el cual tuvo un aumento en el año 2015 a 92230 pacientes. El comportamiento de la enfermedad es similar en la provincia de Cienfuegos con el de la nación.

En la ciudad de Cienfuegos, cercano a 1991, se comienza a desarrollar un sistema de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Durante la segunda medición (2001) bajo la Iniciativa CARMEN/OPS, se documentaron tasas de control poblacional cerca del 40 %, cifras que eran superiores a las informadas en la primera medición (1991), e incluso a las reportadas en países de altos ingresos para la época. Ese resultado, se atribuyó a la existencia en Cuba de un sistema de salud integral que ofrece atención gratuita y responsable a toda la población, o sea, un escenario de acceso universal que, aunque con recursos limitados, parecía un entorno promisorio para conseguir mejores resultados en la detección y control de la HTA. A los 20 años de la primera medición y a los 10 de la segunda, no se conocía con claridad cómo se encontraba el control de la HTA a nivel poblacional en Cienfuegos, esto motivó el desarrollo de la tercera medición durante el año 2011, bajo la misma iniciativa CARMEN/OPS. El propósito era describir los factores relacionados con el control de la HTA y valorar según los resultados, lo observado una década atrás.⁽¹⁶⁾

Considerando la importancia de la HTA, como una enfermedad / factor de riesgo cardiovascular, frecuente y con gran impacto sobre la salud humana. Teniendo en cuenta que constituye una de las razones principales de consulta en la atención primaria de salud (Consultorio Médico de la Familia) y que ha mostrado una morbi-mortalidad con tendencia ascendente en los últimos años, decidimos realizar el presente estudio, proponiéndonos una caracterización de los pacientes

hipertensos dispensarizados y a la vez conocer la calidad de vida relacionada con la salud de los mismos para lo cual nos planteamos la siguiente interrogante.

Planteamiento

El aumento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares, y dentro de esta la hipertensión arterial, hace necesario que se realicen acciones de promoción y prevención de salud que permitan brindar información y atención oportuna, sobre los factores de riesgo modificables, a lo cual no se le brinda la importancia debida, es por tal razón que en los próximos años las cifras de enfermedades crónicas no transmisibles irán aumentando pues solo se basan en el tratamiento farmacológico y no en modificar estilos de vida en los pacientes.

Por lo anterior expuesto, es necesario establecer como proceso prioritario programas de capacitación y seguimiento que promuevan el conocimiento y orientados a resolver el problema de salud causado, ya sea por el sedentarismo, inadecuada alimentación, consumo de tabaco, alcohol y el estrés; con esta investigación se pretende determinar los estilos de vida que presentan estos pacientes hipertensos adultos jóvenes en el consultorio 9 área IV.

En el consultorio 9 del área IV de salud en Cienfuegos en el año 2022 se registraron 147 pacientes hipertensos adultos jóvenes de ellos 76 pertenecen al sexo masculino y 71 al femenino, lo que señala un aumento de esta enfermedad, detectándose entre ellos el poco dominio de la enfermedad y de las medidas para su mejor control.

Todo lo antes expuesto motivó la realización del presente trabajo de terminación de residencia en la especialidad de Medicina General Integral, basados en el siguiente:

PROBLEMA CIENTÍFICO:

¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes adultos jóvenes hipertensos del consultorio 9 del área de salud IV en Cienfuegos?

Justificación del problema Científico

La alta prevalencia de hipertensión e incidencia de la misma, prueba que los esfuerzos realizados hasta el presente, en educación para la salud, han sido insuficiente, además continúa siendo un serio problema, dado por la dificultad de la comprensión y cumplimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes, por desconocimiento o por inadecuada percepción del riesgo y de las posibles complicaciones de la hipertensión, nos dan al traste con el empeoramiento y control de esta patología.

Idea a defender.

La prevención de las enfermedades cardiovasculares entre ellas la Hipertensión Arterial, en adultos jóvenes hipertensos mediante la modificación de los estilos de vida de la misma, permitirá disminuir la incidencia de dicha enfermedad en la comunidad perteneciente al consultorio 9 del policlínico Área IV de Cienfuegos.

OBJETIVOS

General:

Caracterizar los estilos de vida en los pacientes adultos jóvenes hipertensos del consultorio 9 del área IV.

Específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente a los pacientes adultos jóvenes hipertensos según variables seleccionadas.
2. Identificar los factores relacionados con los estilos de vida de los pacientes adultos jóvenes hipertensos.
3. Evaluar los estilos de vida de los pacientes que participan en el estudio.

MARCO TEÓRICO

El adulto joven se define como la etapa plena del desarrollo humano, en la cual el individuo se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones, la traducción de valores ético morales, la consecución y realización de los objetivos para el desarrollo integral de la sociedad, y la formación de la familia. En este periodo se presentan procesos de cambios en el comportamiento biológico, psicológico y social, consolidándose la madurez plena del individuo.⁽¹⁴⁾

La hipertensión puede definirse como la elevación persistente y / o crónica de las presiones arteriales sistólicas y diastólicas. La Organización Mundial para la

Salud la define como la elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, de la diastólica, o de ambas, en arterias estableciendo como valor máximo permisible 139 y 89 para las presiones sistólicas y diastólicas respectivamente.⁽¹³⁾

La etiopatogenia de la hipertensión arterial aún no está del todo clara, pero existen un gran número de factores de riesgo que, aunque no constituyen causas suficientes han sido asociados estrechamente con la génesis de la enfermedad primaria. Por ejemplo: aún no se ha definido exactamente cuál es el problema, ni tampoco la importancia de los factores ambientales y la herencia, sin embargo, es de gran utilidad para el médico establecer una vigilancia sobre la descendencia directa y los parientes más cercanos de los pacientes hipertensos ya que se ha demostrado que los hijos de padres hipertensos desarrollan con más frecuencia la enfermedad que los hijos adoptados, estando enmarcados en las mismas condiciones socio-ambientalesⁱ También se ha visto que al evitar en lo posible los factores agravantes de estos pacientes como son la obesidad, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, sodio, calorías, así como los estilos de vida sedentaria y el ruido excesivo (estrés ambiental), tienden a disminuir las cifras tensionales aún en pacientes enfermos. En este sentido existen dos teorías, (el síndrome de estrés adaptativo de Seley y la teoría neurovisceral de Miasnikov), que intentan explicar, aunque en modos diferentes y diferentes vías, como los

estímulos externos (estrés, sobretensión) desencadena una hiperreactividad simpática que puede devenir en una hipertensión. ⁽¹³⁾

Estilo de vida saludable.

Diferentes estudios se han realizado sobre los estilos de vida, “Estilos de vida y cuidados preventivos en la hipertensión arterial del adulto mayor, centro de salud Carlos Protzel, 2018” ⁽¹⁷⁾

Obando, R, (2019) en su tesis “Estilos de vida en pacientes adultos mayores hipertensos del consultorio externo de Cardiología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima, 2018”, tuvo como objetivo. Determinar los estilos de vida de los pacientes adultos mayores del consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza demología. ⁽¹⁸⁾

Cajachagua-Castro et al., (2021) desarrollaron un estudio sobre “Estilos de vida asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos”, con el determinar la asociación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Estos notaron que: El 58,8% de los pacientes hipertensos practicaron un inadecuado estilo de vida y el 58,4% no fueron adherentes al tratamiento. ⁽¹⁹⁾

Callapiña-De Paz et al., (2022) desarrollaron el estudio “Estilo de vida asociado al control de hipertensión arterial y diabetes mellitus en un centro de atención en lima, durante la pandemia de covid-19”, con el objetivo de determinar la asociación entre el estilo de vida y el control de enfermedades crónicas no transmisibles: hipertensión arterial y diabetes mellitus durante la pandemia de COVID-19 en pacientes de un Centro de Atención de Urgencias. ⁽²⁰⁾.

Con frecuencia se habla de estilos de vida para referirse a patrones comportamentales como actividad física o los hábitos alimentarios, estos estilos hoy en día tienen que ver mucho con enfermedades no transmisibles de calibre mortal como la hipertensión arterial que daña el sistema vascular de la persona con presiones altas que pueden acabar en un infarto del miocardio o un paro cardiorrespiratorio entre otros. ⁽¹⁷⁾

Los estilos de vida saludables como una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales.

Los estilos de vida saludable suceden a consecuencia de: Una alimentación saludable, la que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del cuerpo, lo que permitirá conservar o reponer la salud y reducir el riesgo de padecer enfermedades, para ello se considera que cada persona tiene requerimientos nutricionales en función de su edad, sexo, talla y actividad física; evitar el consumo de sustancias nocivas, tales como el tabaco, alcohol y drogas, si un adolescente consume estas sustancias es importante saber que si se siente enfermo asista de inmediato a un establecimiento de salud para ser evaluado y recibir un tratamiento ya que toda enfermedad descubierta a tiempo se puede controlar rápidamente.⁽²¹⁾

El estilo de vida que adopten las personas tendrá repercusión con la salud tanto física como psíquica; por lo que se puede decir que la salud es algo más que una dimensión biológica y no sólo depende de tener o no una enfermedad, por lo tanto, al hablar de salud se enfoca a un equilibrio entre la dimensión biológica, psicológica y social de la persona, con o sin enfermedad.

Es importante tener en cuenta, que no hay un estilo de vida “óptimo y único” para todo el mundo, puesto depende de varios aspectos como la cultura, el ambiente del hogar, el trabajo, los ingresos económicos, la edad, las capacidades físicas individuales y el estado de salud, estos influyen en el modo y calidad de vida, haciendo que algunos estilos de vida se aproximen a lo más saludable mientras que otros se alejan de dicho propósito; es muy importante conseguir que las alternativas más saludables sean también las de mayor y fácil elección, teniendo en cuenta la situación actual de cada paciente o persona, el contexto en el cual se desenvuelve y la satisfacción de sus necesidades básicas.

El médico familiar por su relación cercana al paciente, se encuentra en un lugar privilegiado para desarrollar intervenciones educativas de prevención y promoción de salud desde un enfoque biopsicosocial, atendiendo a los hábitos cotidianos,

las necesidades, las preferencias y los antecedentes particulares de cada individuo, con la esperanza, de elegir estrategias que atraigan la participación activa del paciente en el proceso de autocuidado, favorezcan la adherencia a los regímenes prescritos y permitan un esfuerzo continuo o periódico de los logros alcanzados para una mejor calidad de vida.

Factor de riesgo es un atributo o característica que confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer una enfermedad o alteración de la salud. Es la susceptibilidad individual en términos probabilísticos. Es un factor de riesgo cualquier fenómeno físico, químico, biológico o psicosocial, o alguna enfermedad anterior al efecto que se esté estudiando, que por su presencia o ausencia esté relacionado con la enfermedad investigada. También lo es si estos fenómenos ya mencionados pueden ser causa de aparición de enfermedad o daño en personas bajo determinadas condiciones de lugar y de tiempo. Algunos definen los factores de riesgo como *agentes causales* mientras no se demuestre lo contrario. Para hablar de factor de riesgo tienen que existir ciertos hábitos, rasgos o características asociadas con un incremento de la susceptibilidad que pueda medirse, para que se desarrolle una enfermedad en su forma prematura.

Según Álvarez Síntes se define como riesgo la probabilidad de enfermar o morir de una determinada afección o accidente; los factores de riesgo son el conjunto de fenómenos de los cuales depende esta probabilidad. Por dicha razón la estrategia de prevención de enfermedades debe dar máxima prioridad a la lucha contra los principales factores de riesgo. En la medida en que un factor de riesgo gana evidencias científicas como resultado de la investigación, su relación causal con el factor se hace más fuerte, y el factor de riesgo gana la categoría de determinante para la enfermedad. Los factores de riesgo son los que más interés tienen en salud pública, ya que con su posible cambio se puede interrumpir el desarrollo de la afección. ⁽²²⁾ También, existen otros conceptos como el enfoque de riesgo sin embargo en los últimos años se le ha venido dando gran importancia a la *estrategia de alto riesgo*. Este término se aplica a la identificación de grupos poblacionales con una mayor susceptibilidad de sufrir enfermedades no transmisibles. Así, llamamos *grupos de alto riesgo* al conjunto de personas en los

que confluyen varios factores de riesgo o que muestran niveles de estos que están muy por encima de la media poblacional, con valores extremos por exceso. Dicho de otra forma, grupos poblacionales son un conjunto de factores de riesgo que presentan niveles de valores extremos marcados por exceso. De ahí que hablemos de grupos de alto riesgo coronario. ⁽²²⁾

Para que una determinada condición se pueda considerar como factor de riesgo lo que establece la probable relación causal entre esta y el daño provocado ha de cumplir indispensablemente con los siguientes requisitos:

- ❖ Asociarse con una frecuencia significativa a determinada enfermedad o problema de salud. Pero debe existir una forma de relación entre ellas: un aumento o disminución del factor se acompaña de un aumento o disminución de la enfermedad.
- ❖ Preceder a la enfermedad durante un periodo determinado de tiempo: relación de precedencia temporal.
- ❖ Poseer un carácter patogénico evidente, es decir un respaldo teórico bien fundamentado que explique la aparición del daño: plausibilidad biológica.
- ❖ Predecir la posterior aparición de la enfermedad a la cual predisponen

En la literatura actual sobre epidemiología se habla de factor de riesgo como aquel de origen endógeno o exógeno, que puede ser controlado-tabaco: bronquitis crónica; obesidad: hipertensión, y se emplea el término de marcador de riesgo como un concepto reservado a las variables de personas y, por tanto, endógenas, que no son controlables y definen a los individuos particularmente vulnerables. Los marcadores señalan un aumento del riesgo de padecer la enfermedad, aunque no tienen influencia directa en su producción – *edad, sexo*, ⁽¹⁶⁾

Hipertensión y modificaciones en el estilo de vida

La hipertensión arterial es la condición más común que se observa en la atención primaria y tiene consecuencias como infarto de miocardio, accidente

cerebrovascular, insuficiencia renal y muerte si no se detecta a tiempo y se trata adecuadamente.

Se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o factores protectores de la calidad de vida como: seguridad social en salud, control en factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo, abuso de medicamentos, stress y algunas patologías como hipertensión y diabetes; la accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales y recreativos. Además, se debe dar prioridad a conocer los efectos positivos de llevar un estilo de vida saludable al paciente hipertenso, su familia y la comunidad, ya que con ello se puede estimular a las personas a ponerlo en práctica lo indicado. ⁽¹⁹⁾

Al indicarse estilos de vida saludables al paciente hipertenso, se debe tener en cuenta que va de la mano a la salud preventiva que es la encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos por parte del personal de salud.

Obesidad, es un exceso de tejido adiposo que se manifiesta por un peso inadecuado, condicionando una alteración del estado de salud, afectando a todas las edades y sexo, además se asocia o favorece la aparición de otras patologías como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipoproteinemias, artrosis, los individuos obesos presentan mayor morbilidad que los individuos normales, “la muerte súbita es más frecuente en individuo obeso que en el delgado”, la obesidad, se acompaña de una mayor frecuencia de hipertensión arterial. ⁽¹⁹⁾

La obesidad se clasifica atendiendo a:

a) *Grado de obesidad:*

En la práctica diaria se utiliza el índice de Quetelet o índice de masa corporal (IMC), por la fiabilidad y facilidad de su cálculo:

IMC: Peso (Kg)

Talla (m)²

Los puntos de corte del IMC para evaluar el estado nutricional son:

< 18.5	Bajo peso
18.5 – 24.9	Peso saludable
25.0 – 29.9	Sobrepeso
≥ 30.0	Obeso

b) *Tipo celular:*

Hiperplásica: es el aumento del número de adipocitos, depende de la alimentación materna y de su alimentación durante los primeros meses de infancia, comienza en la niñez.

Hipertrófica: es el aumento del tamaño de adipocitos, más frecuente en el adulto, se asocia a diabetes, enfermedad cardiovascular, hipertensión y otros problemas serios del metabolismo.

Mixta: Combinación de ambas.

c) *Distribución grasa:*

Obesidad androide, es cuando la grasa predomina en la mitad superior de nuestro organismo, es la típica obesidad masculina.

Obesidad ginoide, es típica del sexo femenino, en la que la grasa se deposita en la mitad inferior del cuerpo, principalmente en la zona peritrocantérea dando lugar a las famosas “cartucheras” que tanto disgustan.

D) *Etiología:*

Obesidad exógena o por sobrealimentación, es la más frecuente de todas y constituye el 99 % de todos los tipos de obesidad.

Obesidad endógena: es secundaria a enfermedades endocrinas Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Laurence-Moon-Biedl, Hipopituitarismo, Hipotiroidismo, Síndrome de Cushing, etc. ⁽¹⁹⁾

La obesidad incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patologías endócrinas, cardiovasculares y ortopédicas principalmente. La obesidad es un síndrome de etiopatogenia multifactorial caracterizado por un aumento del tejido graso ^{(27), (28)}. Para estimar el grado de obesidad, tanto desde un punto de vista clínico como epidemiológico, se utiliza la antropometría como método fácil, económico y no invasivo. Mediciones corporales como el peso y los pliegues grasos, así como combinaciones de dimensiones corporales como el índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura y la índice cintura/cadera (Ci/Ca), nos brindan información sobre la presencia de obesidad o no, y el consecuente riesgo que ello implica. ⁽¹⁹⁾

Sin embargo, numerosos estudios han demostrado una relación entre obesidad y mortalidad cardiovascular; plantean como factor de riesgo un IMC mayor que 30 y perímetro abdominal alrededor de la cintura = 94 en el hombre y = 80 en la mujer, estando este riesgo muy aumentado para los varones a partir de valores = 102 cm y en las mujeres = 88, riesgo muy aumentado para los varones a partir de valores = 102 cm y en las mujeres = 88. ⁽¹⁹⁾

Actualmente en Estados Unidos según estudios combinados de antropometría y tomografía axial computarizada se ha demostrado una fuerte asociación entre la circunferencia de la cintura y la grasa abdominal, es por ello que el valor de esta circunferencia ha comenzado a utilizarse en sustitución del índice cintura/cadera al simplificar el pesquizaje antropométrico de aquellos con riesgo cardiovascular. ⁽²⁰⁾

Hiperlipemia

No existen cifras umbrales de concentraciones de colesterol y triglicéridos que permitan separar la normalidad de la anormalidad. Las cifras aconsejables, más que normales, para la población general son *colesterol total inferior a 200 mg/dL (5,2 mmol/L)* y *triglicéridos inferiores a 200 mg/dL (2,3 mmol/L)*. Hoy en día se sustituyó el concepto de hiperlipemia por el de hiperlipoproteinemia. Sin embargo,

desde el punto de vista clínico aporta poco a la clasificación de las hiperlipemias que distingue las hipercolesterolemias, las hipertrigliceridemias y las hiperlipemias mixtas, de gran utilidad ante el enfoque terapéutico. El siguiente paso en la clasificación de las hiperlipemias sería su diferenciación etiopatogénica. En este sentido, la primera distinción debe establecerse entre las formas primarias y las secundarias, entendiéndose por estas últimas aquellas en las que el aumento en la concentración lipídica no se debe a la presencia de alteraciones propias en el metabolismo lipoproteico. Sin embargo, se debe tener presente que, dada la frecuencia de las alteraciones lipoproteicas, es común la coexistencia de una enfermedad capaz de provocar hiperlipemia secundaria (diabetes, hipotiroidismo, etc.) y un trastorno primario de dicho metabolismo, que suele, en este caso, estar exacerbado. El mayor conocimiento del metabolismo de las lipoproteínas permite identificar entidades nosológicas basándose en su etiología o patogenia. Desde el punto de vista clínico es importante precisar el diagnóstico de las dislipemias por cuanto las diversas entidades pueden implicar tratamientos, evoluciones y pronósticos distintos, al mismo tiempo que la detección de formas familiares permite la identificación precoz de individuos afectos. En Santiago de Chile, un estudio realizado por un grupo de investigación mostró que alrededor de 10% de los escolares, entre 5 y 18 años de edad, tenían valores de colesterol total por encima de los 200 mg/dl, y de C-LDL, por arriba de los 130 mg/dl, lo que se considera como de alto riesgo en sujetos con ese rango de edad. ^{(20), (21)}

Tabaquismo.

El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo, la nicotina y el monóxido de carbono provocan una combinación de niveles incrementados de adrenalina, ritmo cardíaco acelerado, elevación de la presión arterial, falta de oxigenación de las células y daños en las paredes de las arterias. El resultado de todos estos procesos ha sido comprobado en numerosos estudios epidemiológicos en los que se evidencia una alta correlación entre el hábito de fumar y la mortalidad cardiovascular. ⁽²²⁾

En Cuba el carácter de epidemia atribuido al tabaquismo, se torna en un contexto muy grave, dado lo arraigado del hábito de fumar en nuestra población por la condición de país productor. Estudios realizados reflejan que “el cubano se considera un pueblo de fumadores” y el hábito de fumar se encuentra estrechamente vinculado a las tradiciones, el folklor, e inclusive a las luchas sociopolíticas. En 1990 ascendía en la población de 17 años y más al 36,08%. Cifras preliminares en la Encuesta sobre Factores de Riesgo, realizada en 1995 pone de manifiesto que no se ha reducido la prevalencia de fumadores en ese quinquenio. La situación descrita, pone en evidencia que Cuba es uno de los países donde la situación del tabaquismo es más grave, lo que ha llevado al gobierno a diseñar estrategias de salud encaminadas a prevenir este flagelo mediante el programa nacional para la prevención y control del tabaquismo, siendo uno de los objetivos específicos prevenir el tabaquismo en niños, adolescentes y jóvenes, con una disminución del índice de iniciación de un 25%.

(23)

Hábitos alimentarios inadecuados.

El efecto de la dieta sobre las enfermedades cardiovasculares es de tipo indirecto y actúa, principalmente, modificando la gravedad relativa de algunos de los demás factores de riesgo, en especial de los niveles de lípidos sanguíneos, la tensión arterial, resistencia a la insulina y la obesidad. Sin embargo, existen otras variables dependientes de la dieta que afectan, de forma importante, la protección cardiovascular, se pueden enumerar las siguientes:

- Nivel de antioxidantes en el plasma, que influyen sobre la fracción de LDL oxidadas.
- Presencia de agentes trombogénicos o antiagregantes plaquetarios en la dieta.
- Está probado que la dieta influye sobre el cociente prostaciclina/tromboxano, la liberación del activador del plasminógeno o el fibrinógeno.

-Consumo elevado de cereales y azúcares refinados, por su acción sobre los triglicéridos, los cuales se tiende a considerar, ahora, como un factor de riesgo independiente.

-Consumo elevado de carnes, por el efecto destructor de los compuestos nitrogenados y toxinas en general sobre los tejidos del sistema cardiovascular y por la inherente acumulación de aminoácidos en las membranas basales de los capilares sanguíneos. ⁽²³⁾

El consumo excesivo de sal se ha relacionado con el desarrollo de hipertensión arterial en individuos predispuestos, por lo que se recomiendan ingestas moderadas, evitando los alimentos salados y el hábito de añadir sal a las comidas por lo que se sugiere no utilizar sal de mesa, alimentos en conservas y embutidos (tocino, jamón, sardinas, aceitunas, spam, jamonadas, perro caliente, salchichas, etc.). La relación entre el sodio y la hipertensión es compleja y no se ha llegado a un acuerdo, debido a la interacción de otros factores. Numerosos estudios han demostrado la asociación de dietas con bajos niveles de calcio con incrementos de la prevalencia de hipertensión arterial por lo que se recomienda una ingesta mínima de 1300mg de calcio, para cubrir estas necesidades de calcio es necesario un aporte de leche o derivados en cantidad superior a 500-700 ml/día. Una dieta elevada en potasio favorece una protección contra la hipertensión y permite un mejor control de aquellos que la padecen. Un exceso de potasio condiciona un aumento en la excreción de sodio. Los requerimientos mínimos para personas sanas del potasio son de 2000 mg o 2 g/día por persona. La alimentación habitual garantiza el suministro de potasio, superior a los requerimientos mínimos. Las grasas están constituidas por mezclas de ácidos grasos saturados e insaturados, variando su proporción de unos a otros. Cuando se excede el consumo de ácidos grasos saturados favorece a que se eleven los niveles de colesterol en el organismo, aumenta el riesgo de la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y otras no transmisibles. Los carbohidratos son los portadores principales de energía, usualmente se recomienda ingerir de 50 a 70% de la energía total de carbohidratos complejos digeribles sin embargo en la

adolescencia es muy escaso el cuidado que se tiene en la ingesta de una dieta adecuada lo que conlleva a un mayor riesgo de padecer enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial. ⁽¹⁹⁾

En Cuba, no existe una cultura alimentaria adecuada, dado que el mayor aporte dietético está dado por carbohidratos, grasa, proteínas y un escasísimo consumo de frutas y verduras, lo que se evidencia aún más en los adolescentes, los mismos que consumen alimentos ricos en carbohidratos y grasas.

Sedentarismo.

El sedentarismo físico es la carencia de actividad física fuerte como el deporte, lo que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardíacas. El sedentarismo físico se presenta con mayor frecuencia en la vida moderna urbana, en sociedades altamente tecnificadas en donde todo está pensado para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos intelectuales en donde las personas se dedican más a actividades cerebrales. Asimismo, como consecuencia del sedentarismo físico aparece la obesidad que es un problema preocupante en los países desarrollados, al igual que el sedentarismo.

Las consecuencias pueden ser muchas, pero las más notables pueden ser las siguientes:

- Propensión a la obesidad: la persona sedentaria no quema las grasas que consume y estas son almacenadas en áreas como el abdomen, lo que aumenta su volumen. Contrariamente a lo que se piensa, que reduciendo la cantidad de alimentos con las dietas se reduce el volumen de grasas, las dietas sin un régimen deportivo lo único que hacen es activar dichos "almacenes de grasa". Una dieta sin deporte está condenada al fracaso.
- Debilitamiento óseo: la carencia de actividad física hace que los huesos pierdan fuerza y se debiliten, lo que abre el camino a enfermedades óseas como la osteoporosis que es que los huesos dejan de ser compactos y debilitan la estructura humana, cansancio inmediato ante cualquier actividad que requiera

esfuerzo físico como subir escaleras, tener relaciones, caminar, levantar objetos o correr: el aumento del volumen de grasas en el organismo implica también el colesterol en el cual las arterias y venas se vuelven también almacenes de grasas inutilizadas, lo que hace que el flujo sanguíneo hacia el corazón sea menor y por lo tanto tenga que hacer un doble esfuerzo. De esto vienen los problemas cardiacos y las fatigas ante cualquier esfuerzo, los problemas de espalda que generan dolores frecuentes, y la propensión a desgarres musculares.

El sedentarismo se previene desde temprana edad en los niños y adolescentes, ya que es un factor de riesgo importante de la hipertensión arterial, por lo que cada día se hace más necesario enseñar al niño la importancia del deporte en su vida, es una obligación de padres y educadores. El sedentarismo puede ser considerado una plaga de la edad contemporánea. Como tal es necesario combatirlo. ⁽²³⁾

En Cuba, se evidencia el sedentarismo en la adolescencia ya que todo el día están frente a un pupitre en doble jornada estudiantil, en las horas de receso escolar en los centros educativos hay una conducta sedentaria que se agudiza más, conforme avanza la edad de los adolescentes, y en sus casas la mayoría pasan horas frente a un televisor con una merienda inadecuada como: sándwich, pizza, croquetas, palomitas de maíz, flan, pudín en la mano, refresco de sirope o agua con azúcar. ⁽²³⁾

Consumo de Alcohol.

Existen estudios que sugieren que el consumo moderado de alcohol protege de la enfermedad coronaria y de accidentes cerebrovasculares isquémicos, ya que 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. Sin embargo, 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. ^{(24), (25), (26)}

Se recomienda eliminar el consumo de alcohol, si es necesario, limitarse a menos de 1 onza de etanol (20 mL), lo que significa: 12 onzas (350 mL) de cerveza o 5 onzas (150 mL) de vino o 1 1/2 onzas (45 mL) de ron. En las mujeres y en personas de bajo peso el consumo debe limitarse a menos de 15 mL por día, pues son más susceptibles a sus efectos negativos. ⁽²⁵⁾

Estrés

El estrés es el estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal, que provocará diversos daños físicos y mentales; el individuo se encuentra frente a una situación amenazante y agresiva ante la cual ha de utilizar sus recursos adaptativos con el fin de evitar un deterioro a su salud. El mismo es un estimulante evidente del sistema nervioso simpático. Los individuos hipertensos y los que probablemente presentaran hipertensión sufren mayor estrés o responden al de una manera diferente. ^{(24), (25)}

Además, la exposición al estrés no solo 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. ^{(24), (25)}

El estrés puede ser un factor de riesgo cardiovascular y su manejo podría ser beneficioso para el paciente hipertenso. Así, en la literatura psicológica se recogen acontecimientos y situaciones estresantes de distinta naturaleza que provocan elevaciones de la presión arterial. En Cuba, el programa nacional de hipertensión ha incluido entre sus objetivos las modificaciones en el estilo de vida del paciente, y entre los aspectos que propone considerar en la historia clínica aparecen los factores psicosociales y ambientales. Desde el punto de vista del tratamiento no farmacológico entre las modificaciones en el estilo de vida del paciente se resalta lo siguiente: "El estrés puede favorecer elevaciones agudas de la presión arterial. Algunos estudios han demostrado diversos grados de efectos positivos en el

control de la HTA. Se precisan algunos de ellos: meditación trascendental, ejercicios yoga, musicoterapia y entrenamiento autógeno de Schultz, el ejercicio físico sistemático ayuda a la relajación".⁽²²⁾ Además de los mecanismos psicofisiológicos que evidencian una relación directa del estrés con la HTA, hay otra razón por la cual se relaciona indirectamente con la hipertensión arterial: el efecto interactivo del estrés con hábitos y conductas de riesgo, como son el consumo de cafeína, tabaco y alcohol, la obesidad, el sedentarismo y otros. De igual manera, el estrés parece actuar sinérgicamente con el tabaco, ya que interacciona con este y multiplica sus efectos nocivos sobre la salud. Las situaciones estresantes suelen ser un desencadenante común de su consumo y causa, en muchos casos, de recaída tras el abandono del hábito de fumar.⁽²²⁾

DISEÑO METODOLÓGICO

-Tipo de diseño y estudio: Descriptivo, de corte transversal.

-Escenario: Consultorio Médico de la Familia.9, área IV

-Universo y muestra:

Universo: estuvo conformado por 147 hipertensos adultos medio, de ellos 71 femeninas y masculinos 76.

-Período que abarcará el estudio: de enero 2021 a julio del 2022

Criterio de Inclusión:

- ☐ Todos los hipertensos adultos joven.
- ☐ Residir en el área del Consultorio Médico
- ☐ Todos los pacientes que accedieron a participar en la investigación y manifestaron su consentimiento por escrito a través de su firma.

Criterio de exclusión:

- ☐ Tener algún tipo de invalidez física o mental que le impida participar.
- ☐ Estar embarazada durante la intervención.

Método:

Se llenó la planilla de consentimiento informado a los pacientes objeto de estudio (anexo 2), con previo consentimiento del director del policlínico autorizando la realización de esta investigación (Anexo 1).

Para la recolección de la información se procedió a la realización de la toma de TA, el peso y la talla de los pacientes con la ayuda de la enfermera del consultorio. Además de aplicar el formulario de datos elaborado por la autora del trabajo (anexo 3) donde se recogen variables sociodemográficas y se identifican los estilos de vida presentes en estos pacientes, dando salida de esta forma a los objetivos 1 y 2.

Una vez obtenido los datos para dar salida al objetivo tres se relacionan variables sociodemográficas con estilos de vida.

Para evaluar los estilos de vida de los pacientes hipertensos y dar salida al objetivo cuatro se utilizó una guía de evaluación, donde se consideró:

Categoría	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
-----------	----------------	----------------

Adecuado	80	100
----------	----	-----

Inadecuado	<79	
------------	-----	--

☐ Estilos de vida saludables si responde adecuadamente 80 % y más de las respuestas.

☐ Estilos de vida no saludables si responde inadecuadamente más del 20 % de las respuestas.

Métodos de investigación:

La perspectiva metodológica de la investigación se apoyó en la complementación de la metodología cuantitativa y la cualitativa a la luz del método materialista-dialéctico.

Operacionalización de las variables

Variable Tipo Operacionalización Escala Descripción

Grupo de Cuantitativa Edad biológica en edades discreta a) 18-20 b) 21-23

c) 24-26 d) 27-29 e)30-32 f)33-35

Sexo Cualitativa nominal a) Femenino b) Masculino Según referencia del personal de salud entrevistado

Color de la piel Cualitativa Nominal dicotómica Blanca No blanca Según características de la piel

Índice de Masa Corporal (IMC) Cuantitativa continua Obtención mediante la fórmula: $IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$ ☐Desnutrido ☐Normopeso ☐Sobrepeso ☐Obeso

TA al inicio Cuantitativa continua Menor o igual a 139/89 Mayor o igual a 140/90 Según cifras presentes en la toma de TA realizada en el consultorio

Estado Civil Cualitativa Nominal Politómica a) Soltero/a b) Casado/a c) Unión estable d) Viudo/a Según referencia de los pacientes entrevistados

Nivel Escolaridad Cualitativa nominal politómica a) Secundaria b) Pre-Universitario terminado c) Técnico Medio d) Universitario Según último nivel terminado por el paciente

Antecedentes Cualitativa a) Diabetes Mellitus Según referencia de Patológicos Personales (APP) Nominal politómica b) Cardiopatía Isquémica c) Hipercolesterolemia d) AVE los pacientes entrevistados

Antecedentes familiares de Hipertensión arterial Cualitativa Nominal politómica

a) Abuelos b) Madre c) Padre d) Otros e) Nadie Según referencia de los pacientes entrevistados

HÁBITOS TÓXICOS

Hábitos tóxicos Cualitativa nominal dicotómica a) Si

Café Alcohol Tabaco Si (inadecuado) b) No (adecuado)

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Hábitos Alimentarios Cualitativa nominal politómica a) Realiza 6 comidas al día b) Mantiene una dieta balanceada Adecuado c) Ninguna de las anteriores Inadecuado Alimentos consumidos con mayor frecuencia Cualitativa nominal politómica

a) Frutas y Vegetales b) Comida Chatarra c) Enlatados d) Pescados e) Carne de Cerdo f) Granos g) Dulces caseros h) Alimentos fritos i) Derivados de la leche j) Pastas k) Grasas animales l) Grasas vegetales m) Otros Según referencia de los pacientes entrevistados

ACTIVIDAD FÍSICA

Práctica de ejercicios físicos Cualitativa nominal dicotómica a) Si b) No Si (Adecuado) No (Inadecuado)

Frecuencia de realización ejercicios físicos. Cuantitativa discreta a) Diario b) 2-4 veces por semana c) Nunca Según referencia de los pacientes entrevistados

Tipo ejercicios físicos preferidos Cualitativa nominal politómica

a) Natación b) Correr c) Aeróbicos d) Caminatas e) Otros(especifique) Según referencia de los pacientes entrevistados

Justificación por la que realiza ejercicios físicos Cualitativa Nominal politómica a) Bajar de peso b) Mejorar mi salud c) Disminuir la presión arterial d) Aumentar la ansiedad por comer Según referencia de los pacientes entrevistados

TIEMPO LIBRE Y OCIO

Disponibilidad del tiempo libre Cualitativa nominal dicotómica

a) Si b) No Si (Adecuado) No (Inadecuado)

Utilización del tiempo libre Cualitativa nominal politómica

a) Juegos de mesa b) Fumar c) Beber d) Fiestas populares e) Ver televisión f) Otros

Según referencia de los pacientes entrevistados

Horas del tiempo libre que dedica al sueño diariamente Cualitativa nominal politómica a) Dormir de 5 a 7 horas b) Dormir de 8 a 10 horas c) No precisa

Según referencia de los pacientes entrevistados

Evaluación de los estilos de vida Cualitativa nominal Dicotómica a) Saludable más del 80 por ciento de respuestas adecuadas

b) No Saludable más del 20 por ciento de respuestas inadecuadas Según puntuación obtenida por el entrevistado al realizar la encuesta en un segundo momento

Técnicas y procedimientos

Obtención de la Información La autora de la investigación obtuvo por la información e las historias de salud familiar e individual, se aplicó un cuestionario en las consultas o en las vistas de terrenos que se realizaron a los pacientes Hipertensos pertenecientes al consultorio.

Procesamiento y Análisis

Los datos obtenidos se anotaron en un modelo elaborado al efecto y se procesaron en una base de datos en el programa SPSS 19.0. Se calcularon medidas de frecuencia relativa y se presentaron los resultados en tablas con números absolutos y porcentajes. Se compararon los resultados con los de la literatura consultada tanto nacional como internacional para su discusión, se emitieron los resultados fundamentales y conclusiones en correspondencia con los objetivos y se elaboraron recomendaciones.

Aspectos éticos

La investigación se realizó con el consentimiento informado del director de la institución ejecutora según se expresa en el (Anexo 1)

Este proyecto se fundamentó en información real, obtenida de la comunidad, la cual cumplió con los requisitos requeridos para el desarrollo del mismo, previamente se ha informado a los pacientes acerca de los objetivos que se desea alcanzar, así como de los beneficios que aporta para elevar su calidad de vida. También se les ha informado que de ninguna manera su participación implica obligatoriedad y que si deciden retirarse del proyecto se respetara su decisión sin pedir explicaciones y sin dañar la relación con médicos de consultorio o policlínico. Para constancia de su participación voluntaria se encuentra el (Anexo 2) donde firma el paciente y el autor del proyecto.

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de pacientes hipertensos según variables socio demográficas seleccionadas. Consultorio 9. Área IV. Cienfuegos. 2022

Variable	Total general						
		Masculino	%	Femenino	%	total	%
Grupo de edades	18-20	8	10.5	9	6.1	17	11.5
	21-23	12	15.7	15	21.1	27	18.3
	24-26	13	17.1	10	14.0	23	15.6
	27-29	14	18.4	10	14.0	24	16.3
	30-32	15	19.7	12	16.9	27	18.3
	33-35	14	18.4	15	21.1	29	19.7
Total		76	51.7	71	48.29	147	100
Color de la Piel	Blanca	29	38.1	31	43.6	60	40.8
	No blanca	47	61.8	40	56.3	87	59.1
IMC	Normopeso	9	11.8	8	11.2	17	11.5
	Sobrepeso	61	80.2	51	71.8	112	76.1
	Obeso	6	7.8	12	16.9	18	12.2
TA Inicial	Menor o igual a 139/89	40	52.6	36	50.7	76	51.7
	Mayor o igual a 140/90	36	47.3	35	49.2	71	48.2
Estado Civil	Soltero	8	10.5	5	7.04	13	8.8
	Unión estable	50	65.7	49	69.0	99	67.3
	Casado	16	21.0	16	22.5	32	21.7
	Viudo	2	2.63	1	1.40	3	2.0
Nivel de escolaridad	Secundaria	11	14.4	9	12.6	20	13.6
	Preuniversitario	29	38.1	24	33.8	53	36.0
	Técnico medio	15	19.7	18	25.3	33	22.4
	Universitario	21	27.6	20	28.1	41	27.8

Fuente cuestionarios

La tabla 1 describe la distribución de los pacientes hipertensos según las variables seleccionadas. El sexo masculino prevalece sobre el sexo femenino en un 51.7 por ciento y en cuanto al grupo de edades los pacientes entre 33 y 35 años con un 19.7 por ciento. Con respecto al color de la piel predominó el no blanca en ambos sexos con un 59.1 por ciento del total de estos pacientes. El IMC se representó con los pacientes Normopesos, sobrepesos y obesos pues no existía en el grupo

de pacientes ninguno bajo peso o desnutrido siendo el grupo con mayor por ciento el de pacientes sobrepesos con 71.8 con un total de 112 paciente, seguido de los obesos con 18 pacientes para un 16.9 por ciento.

Al inicio de la investigación se realizó la toma de la TA, constatándose que el mayor por ciento de pacientes hipertensos se encontraba con cifras normales de TA Menor o igual a 139/89 con un 51.7por ciento.

El mayor por ciento de pacientes mantiene una unión estable con 67.3 por ciento y en cuanto al nivel de escolaridad predominó el preuniversitario con un 36% seguido de los universitarios con 27.8 por ciento.

Tabla 2: Distribución de antecedentes personales de los pacientes hipertensos según grupo de edades y sexo. Consultorio 9. Área IV. Cienfuegos. 2022

Antecedentes patológicos personales		Diabetes mellitus		Cardiopatías		Hipercolesteronemia		AVE	
Grupo de etario	sexo	no	%	no	%	no	%	no	%
18-20	M	0	0	0	0	3	3.9	0	0
	F	0	0	0	0	4	5.6	0	0
21-23	M	0	0	0	0	2	2.6	0	0
	F	0	0	0	0	1	1.4	0	0
24-26	M	0	0	0	0	5	6.5	0	0
	F	0	0	0	0	4	5.6	0	0
27-29	M	2	2.6	0	0	3	3.9	0	0
	F	1	1.4	0	0	2	2.8	0	0
30-32	M	4	5.2	2	2.6	6	7.8	0	0
	F	2	2.8	1	1.4	2	2.8	0	0
33-35	M	1	1.3	1	1.3	7	9.2	1	1.3
	F	3	4.2	1	1.4	8	11.2	0	0

Fuente Cuestionario

Al analizar los antecedentes patológicos personales (APP) de los hipertensos (tabla 2), la hipercolesteronemia que se encuentra presente en todos los grupos de edades y en ambos sexos predominando esta alteración con mayor por ciento en los adultos de 33 a 35 años de edad en el sexo femenino (11.2%).

Tabla 3: Relación de antecedentes patológicos familiares de Hipertensión arterial según sexo. Consultorio 9. Área IV. Cienfuegos. 2022

Antecedentes patológicos familiares	Abuelos		Padres		Otros		Nadie	
Sexo	no	%	no	%	no	%	no	%
Femenino	21	29.5	28	39.4	18	25.3	4	5.6
Masculino	23	30.2	35	46	15	19.7	3	3.9
Total	44	29.9	63	42.8	33	22.4	7	4.7

Fuente. Cuestionario

En la tabla 3 se recogen los datos sobre los antecedentes patológicos familiares (APF) de hipertensión arterial presentes en estos pacientes hallando un número importante de hipertensos con antecedentes de ser hijos de madres hipertensas en ambos sexos con un 42.8 por ciento (63 pacientes), seguido de los abuelos con un 29.9 por ciento (44 pacientes).

Tabla 4 Relación de factores de riesgo de los pacientes hipertensos según grupo de edades y sexo. Consultorio 9 Área IV. Cienfuegos. 2022

Grupo de edades	Sexo		Factores de riesgo			
			Obesidad	Sedentarismo	stress	Insomnio
18-20	M	no	0	2	0	0
		%	0	2.6	0	0
	F	no	0	3	0	0
		%	0	4.2	0	0

21-23	M	no	0	4	0	0
		%	0	5.2	0	0
	F	no	1	3	0	0
		%	1.4	4.2	0	0
24-26	M	no	1	2	1	0
		%	1.3	2.6	1.3	0
	F	no	2	8	2	0
		%	2.8	11.2	2.8	0
27-29	M	no	2	5	2	2
		%	2.6	6.5	2.6	2.6
	F	no	1	6	3	6
		%	1.4	8.4	4.2	8.4
30-32	M	no	1	10	7	8
		%	1.3	13.1	9.2	10.5
	F	no	3	11	8	0
		%	4.2	15.4	11.2	0
33-35	M	no	2	13	10	4
		%	2.6	17.1	13.1	5.2
	F	no	5	10	12	10
		%	7	14	16.9	14

Fuente Cuestionario

Cuando analizamos los factores de riesgo de los pacientes de la investigación observamos que de los factores de riesgos estudiados predomina el sedentarismo con 13 pacientes del sexo masculino para un 17.1 por ciento en los grupos etarios de 33-35 años, también 12 pacientes refieren stress, del sexo femenino para un 16.9 por ciento, en igual grupo etario, 10 pacientes refieren insomnio del sexo femenino en igual grupo etario. Existe un predominio de obesos del sexo femenino representados por 5 pacientes para un 7 por ciento en el grupo etario 33-35 años.

Tabla 5: Relación de estilos de vida de los pacientes hipertensos según grupo de edades. Consultorio 9 Área IV. Cienfuegos. 2022

Grupo de edades		Hábitos tóxicos		Hábitos alimentarios		Actividad física		Tiempo libre y ocio	
		Adecuados	Inadecuados	Adecuados	Inadecuados	Adecuados	Inadecuados	Adecuados	Inadecuados
18-20	no	6	11	2	15	6	11	5	12
	%	12.5	11.1	3.7	16.1	9.3	13.2	7.2	15.3
21-23	no	12	15	9	18	11	16	15	12
	%	25	15.1	16.6	19.3	17.1	19.2	21.7	15.3
24-26	no	7	16	11	12	9	14	9	14
	%	14.5	16.1	20.3	12.9	14	16.8	13	17.9
27-29	no	4	20	9	15	12	12	11	13
	%	8.3	20.2	16.6	16.1	18.7	14.4	15.9	16.6
30-32	no	10	17	11	16	14	13	13	14
	%	20.8	17.1	20.3	17.2	21.8	15.6	18.8	17.9
33-35	no	9	20	12	17	12	17	16	13
	%	18.7	20.2	22.2	18.2	18.7	20.4	23.1	16.6
Total	no	48	99	54	93	64	83	69	78
	%	32.6	67.3	36.7	63.2	43.5	56.4	46.9	53

Fuente Cuestionario

Sobre los estilos de vida de los pacientes hipertensos (Tabla 5), se hizo referencia a los estilos adecuados e inadecuados según se explicó en la Operacionalización de las variables observando un predominio de los estilos inadecuados. Se observa un porcentaje más elevado de hipertensos que tienen hábitos tóxicos inadecuados con 51 pacientes en total para un 67.1 por ciento, seguido de los que tienen hábitos alimentarios inadecuados 49 para un 64.4 por ciento predominando en el sexo masculino. (ver Anexo 4)

Tabla 6: Distribución de hábitos tóxicos en pacientes hipertensos según grupo de edades y sexo. Consultorio 9 Área IV. Cienfuegos. 2022

Grupo de edades	Sexo		Hábitos Tóxicos			
			Café	Alcohol	Tabaco	No refiere
18-20	M	no	1	2	4	2
		%	1.3	2.6	5.2	2.6
	F	no	1	1	2	4
		%	1.4	1.4	2.8	5.6
21-23	M	no	5	2	2	3

		%	6.5	2.6	2.6	3.9
	F	no	7	2	4	2
		%	9.8	2.8	5.6	2.8
24-26	M	no	2	5	4	2
		%	2.6	6.5	5.2	2.6
	F	no	1	5	2	2
		%	1.4	7	2.8	2.8
27-29	M	no	4	4	4	2
		%	5.2	5.2	5.2	2.6
	F	no	2	2	4	2
		%	2.8	2.8	5.6	2.8
30-32	M	no	7	4	2	2
		%	9.2	5.2	2.6	2.6
	F	no	2	5	2	3
		%	2.8	7	2.8	4.2
33-35	M	no	4	3	3	4
		%	5.2	3.9	3.9	5.2
	F	no	5	4	3	3
		%	7	5.6	4.2	4.2
Total			41	39	36	30
%			27.8	26.5	24.4	20.4

Fuente Cuestionario

Debemos señalar que el 78.9 % de los pacientes hipertensos presenta hábitos tóxicos los cuales están representados en su mayor medida por el consumo de café en primer lugar donde se encuentran incluidos estos 41 pacientes (27.8%) seguido del consumo de alcohol con 39 pacientes (26.5%)y tabaquismo 36 pacientes para un 24.4%.

Cuando se analizan los grupos etarios se observa un predominio de consumo de café en los grupos etarios de 21-23 años con 12 pacientes para un 8.16%, de ambos sexos, en los grupos etarios de 30-32 predomino el sexo masculino con 7 pacientes 4.76 %. El consumo de alcohol se evidencio en ambos sexos en el grupo etario de 24-26 años con 10 pacientes para un 6.80%, y el tabaquismo predomino en ambos sexos también en los grupos etarios de 27-29 con 9 pacientes para un 6.12%.

Tabla 7: Distribución de hábitos alimentarios en pacientes hipertensos según grupo de edades y sexo. Consultorio 9. Área IV. Cienfuegos. 2022

Grupo de edades		Hábitos Alimentarios						
		Frutas y Verduras	Comida chatarra	Enlatados	Granos	Sal	Azúcar	Alimentos fritos
18-20	no	7	15	6	9	12	10	17
	%	11.8	16.1	8.5	10.9	15	11.2	15.4
21-23	no	9	18	14	14	15	18	20
	%	15.2	19.3	20	17	18.7	20.2	18.1
24-26	no	11	12	11	14	14	12	18
	%	18.6	12.9	15.7	17	17.5	13.4	16.3
27-29	no	9	15	13	15	12	18	20
	%	15.2	16.1	18.5	18.2	15	20.2	18.1
30-32	no	11	16	13	16	12	14	19
	%	18.6	17.2	18.5	19.5	15	15.7	17.2
33-35	no	12	17	13	14	15	17	16
	%	20.3	18.2	18.5	17.0	18.7	19.1	14.5
Total	no	59	93	70	82	80	89	110
	%	40.1	63.2	47.6	55.7	54.4	60.5	74.8

Fuente Cuestionario

En la Tabla 7 se representan los hábitos alimentarios se observa la inadecuada alimentación de los hipertensos ya que la gran mayoría ingiere como preferencia alimentos fritos 110 pacientes para un 74.8%, predominando en el sexo femenino 58 pacientes (52.7%), comida chatarra 93 pacientes para un 63.2%, predominando en el sexo masculino 50 pacientes (53.7%) azucares 89 pacientes para un 60.5%, del total de pacientes del estudio, predominando el sexo masculino 46 pacientes (51.6%) (ver anexo 5) .

Tabla 8: Distribución de actividad física de los pacientes según sexo. Consultorio 9 Área IV. Cienfuegos. 2022

Actividad física		Población total					
		Masculino		Femenino		Total	
		no	%	no	%	no	%
Frecuencia de actividad física	Diario	14	18.4	15	21.1	29	19.7
	2-4 v/d	26	34.2	28	39.4	54	36.7

	Nunca	36	47.3	28	39.4	64	43.5
Actividad física	Nadar	6	7.89	4	5.6	10	6.80
	Correr	10	13.1	9	12.6	19	12.9
	Aerobios	24	31.5	26	36.6	50	34.0
	Caminar	23	30.2	21	29.5	44	29.9
	otros	13	17.1	11	15.4	24	16.3
Motivo por el que realiza la actividad física	Bajar de peso	10	13.1	11	15.4	21	14.2
	↓ TA	29	38.1	25	35.2	54	36.7
	Mejorar la Salud	21	27.6	23	32.3	44	29.9
	↑ Ansiedad por comer	16	21.0	12	16.9	28	19.0

Fuente Cuestionario

En la tabla 8, se observa la distribución de la actividad física, clasificándola por su frecuencia, tipo y motivo de su realización.

Con respecto a la frecuencia en que se realizan los ejercicios físicos el mayor por ciento de pacientes no realiza nunca ejercicios (43.5%) a predominio del sexo masculino con 36 pacientes (47.3%). El tipo de actividad física que más realizan los pacientes son los aerobios, las cuales la realizan 50 pacientes para un 34.0% a predominio del sexo femenino con 26 pacientes para un 36.6 por ciento.

Con relación a los motivos por los cuales realizan ejercicios físicos los hipertensos, se observa que por disminuir la tensión arterial hay 54 pacientes que refieren realizar ejercicios para un 36.7%, predominando en el sexo masculino

Tabla 9: Distribución del tiempo libre, ocio y horas de sueño según sexo. Consultorio 9. Área IV. Cienfuegos. 2022

Tiempo libre y ocio			Sexo					
			Masculino		Femenino		Total	
			no	%	no	%	no	%
Utilización del tiempo libre	Ver tv		21	27.6	33	47.1	54	36.7
	Jugar		12	15.7	26	37.1	38	25.8
	Fumar		26	34.2	27	38.5	53	36
	Beber		28	36.8	12	17.1	40	27.2

	Fiestas	11	14.4	24	34.2	35	23.8
	Otros	21	27.6	22	31.4	43	29.2
Horas de sueño	Dormir de 5-7 h	21	27.6	19	27.1	40	27.2
	Dormir de 8-10 h	36	47.3	38	54.2	74	50.3
	no precisa	19	25	13	18.5	32	21.7

Fuente Cuestionario

En el análisis de la tabla 9, se observa que en el sexo femenino predomina ver televisión en el tiempo libre con 33 féminas para un 47.1 por ciento mientras que en el caso del sexo masculino predominó fumar y beber para un 34.2 y 36.8 por ciento. De forma general los pacientes hipertensos de ambos sexos el 36.7 utilizan el tiempo libre para ver televisión.

Cuando en la tabla se hace referencia a las horas utilizadas por los pacientes para dormir (horas de sueño diarias), en ambos sexos predominan los hipertensos que duermen entre 8 y 10 horas diarias 50.3 % (54.2 mujeres y 47.3 hombres)

Tabla 10: Evaluación de los estilos de vida en los pacientes hipertensos según grupo de edades y sexo. Consultorio 9. Área IV. Cienfuegos. 2022

Evaluación de estilos de vida	Hábitos tóxicos		Hábitos alimentarios		Actividad física		Tiempo libre y ocio		Total general	
	no	%	no	%	no	%	no	%	no	%
Saludable	48	32.6	54	36.7	64	43.5	69	46.9	235	39.9
No saludables	99	67.3	93	63.2	83	56.4	78	53.0	353	60.0

Fuente Cuestionario

Al analizar los datos obtenidos en la evaluación de los estilos de vida de estos pacientes podemos observar que el mayor por ciento se encontraba en la evaluación de estilos de vida no saludables con 60.0 por ciento para el total

general, predominando los hábitos tóxicos y los hábitos alimentarios con más del 60 por ciento de estilos no saludables, 67.3 y 63.2 respectivamente.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los estilos de vida positivos contribuyen a mejorar el control de los pacientes hipertensos y con esto a reducir las complicaciones. Sin embargo, la población de hipertensos no siempre cuenta con estilos de vida saludables, lo que condiciona un aumento del riesgo de mortalidad.

En la investigación realizada se observa que el sexo masculino prevalece sobre el sexo femenino en un 51.7 por ciento y en cuanto al grupo de edades los pacientes entre 33 y 35 años con un 19.7 por ciento. Este hallazgo concuerda con lo planteado por la literatura de Ismael Campos, Lucía Hernández y otros investigadores en México que realizaron un estudio en el 2016 ^{(27),(28),(29)}, en el que la media de edad en adultos jóvenes con hipertensión arterial fué de 35-39 años predominando el sexo femenino y se describió que, a mayor edad, mayor es el riesgo de padecer hipertensión arterial, que por ende esta enfermedad aumenta progresivamente con la edad, aunque no es normal que hayan jóvenes que pueden tener hipertensión arterial, En este estudio el sexo que predomina es el sexo masculino con un total de 51.7 [76 adultos jóvenes] y el sexo femenino con 48.2% [71 adultos jóvenes]. Que no coincide con el estudio anterior ni con otro estudio realizado por Olga Vega en Cúcuta – Colombia ⁽³⁰⁾ en el 2014 en el que describió que el rango de edad fue mayor en adultos de 20 a 49 años con mayor participación del género femenino que coincide con lo establecido en la literatura de la sociedad argentina que indica que la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en la mujer.

En un estudio realizado en España por Lauzurica y colaboradores, estimó la prevalencia de la hipertensión arterial en 38,2%; donde el 40,7% eran hombres y 35,7% mujeres; por edad los grupos de 25 a 44 años y 45 a 64 años fueron los que predominaron. No se coincide en el predominio del sexo femenino dentro de los hipertensos y se discrepa en cuanto a los grupos de edades, el autor considera

que esta discrepancia mucho tiene que ver con los grupos de edades que los autores definen en sus estudios.

Con respecto al color de la piel predominó el no blanca en ambos sexos con un 59.1 por ciento del total de estos pacientes, que coincide con estudio realizado por Alexandra del Rocío Buenaño Naula en el 2016 ⁽³¹⁾, donde los divide en mestizos y blancos, pero es este primer grupo el que predomina mestizos.

En un estudio realizado por Luis Antonio Daza Castillo y colaboradores ⁽³²⁾ plantean en su estudio que los hipertensos con sobrepeso son los que predominan coincidiendo con nuestro estudio. Otros autores como Patricio Fernando Córdova López ⁽³³⁾, en una publicación realizada en el 2020 donde caracteriza a los pacientes hipertensos en cuanto a IMC y cifras de tensión arterial, este trabajo no coincide con los resultados de este estudio pues el IMC que predominan son los obesos seguidos de los sobrepesos además los pacientes con cifras menores o igual a 139/89 son los que predominan.

Con respecto al nivel de escolaridad este trabajo no coincide con trabajos realizados en otros países pues esto entre otras cosas se debe a que en Cuba no hay analfabetismo y la educación es gratuita. Entre estos artículos revisados se encuentran Patricio Fernando Córdova López en el 2020 ⁽³²⁾ y Alexandra del Rocío Buenaño Naula en el 2016 ⁽³¹⁾

Un estudio realizado por la doctora Addys Díaz Piñeiro y colaboradores ⁽³⁴⁾ en estudio realizado en el 2018 sus pacientes hipertensos se encuentran casados, sin embargo, este dato difiere de los encontrados en este estudio pues los pacientes que predominan son los que mantienen relaciones estables. Por lo general en Cuba muchas personas hoy en día prefieren la unión estable.

Sobre los antecedentes personales de los pacientes objetos de estudio difieren de otros estudios realizados por varios investigadores pues en este predominan los antecedentes de hipercolesteronemia y en otros donde se utilizan estos mismos antecedentes predominan la diabetes esto se observa en el artículo publicado por Patricio Fernando Córdova López. Isabel Cristina Meléndez y colaboradores ⁽³²⁾

Hernández Vázquez y colaboradores ⁽³⁶⁾, en "Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio médico 3 del Policlínico Docente "Ana Betancourt". Playa. La Habana. Cuba", en una muestra de 68 hipertensos, encontró un predominio del antecedente familiar de HTA en un 67,19%,coincidiendo_con estudios ^{(36),(37)}–realizados, en los que se plantea que dicha enfermedad es 3,8 veces más frecuente en aquellas personas con antecedentes familiares de primer grado de hipertensión; también estimó que las enfermedades que más coexisten en pacientes con hipertensión arterial son la Obesidad (28,13%), seguida del Asma Bronquial (14,06%); la Diabetes Mellitus y las enfermedades del corazón representaron el 7,81%.

Los resultados que muestran los estudios de Lardoezt Moreno y otros autores ⁽³⁸⁾, la agregación familiar de primer orden de consanguinidad también es predominante, así como en otro trabajo realizado por estos mismos autores sobre el abordaje de la hipertensión en un consultorio médico.

Se coincide con la presencia de un predominio de familiares con Hipertensión Arterial en los pacientes del estudio, el autor difiere en cuanto las enfermedades coexistentes en pacientes hipertensos, siendo en este estudio la Hipercolesteronemia la patología predominante.

En investigación realizada por Enrique Villareal Ríos y coautores ⁽³⁹⁾ se hace un análisis de las familias donde existen hipertensos encontrándose que existe un mayor porciento de hipertensos que heredan esta patología por encima de los que dicen en su familia no existir antecedentes de esta enfermedad.

Jetón Balarezo y colaboradores ⁽⁴⁰⁾ en "Factores predisponentes a Hipertensión Arterial en adultos de 40 a 65 años de edad, Centro de Salud "San Fernando" con una muestra de 150 pacientes, estimó que el sobrepeso tiene el porcentaje más alto en un 46,0 %, seguido de la obesidad mórbida en un 25,3%; encontró que el 24% son fumadores y el 35,3% consumen alcohol, demostró que existe un porcentaje elevado en el consumo de sal en un 66% y en un 68,7% no realizan actividad física, demostrando que ambos son factores de riesgo principales que

conlleven a la Hipertensión Arterial, encontró también un alto por ciento (60,7%) de pacientes que consumen café.

En la investigación se coincide con el predominio de los pacientes sobrepesos 112 pacientes 76.1 por ciento, coincidiendo también con un estudio realizado por González GWA en el 2018. ⁽⁴¹⁾

Cuando analizamos los factores de riesgo de los pacientes de la investigación observamos que de los factores de riesgos estudiados predomina el sedentarismo con 13 pacientes del sexo masculino para un 17.1 por ciento en los grupos etarios de 33-35 años, también 12 pacientes refieren stress, del sexo femenino para un 16.9 por ciento, en igual grupo etario, 10 pacientes refieren insomnio del sexo femenino en igual grupo etario. Existe un predominio de obesos del sexo femenino representados por 5 pacientes para un 7 por ciento en el grupo etario 33-35 años.

Cajachagua-Castro et al., (2021) observó que el 58,8% presentó un estilo inadecuado y el 41,2% adecuado; de igual modo, se obtuvo un inadecuado estilo de vida para las dimensiones nutrición y actividad física en un 57,6% y 71,2% de los pacientes, respectivamente; por el contrario, la dimensión relaciones interpersonales, manejo del estrés y responsabilidad en salud obtuvieron una calificación de estilo de vida adecuado, en más del 50% de los pacientes ⁽¹⁹⁾.

En un estudio realizado por Rodríguez –Cuba MA Se incluyó un total de 987 datos de adultos mayores hipertensos. El 59.27% eran hombres, y un 46.2% llevaba una vida sedentaria. El sedentarismo y dos a más comorbilidades se asociaron significativamente a una alta incidencia de mortalidad al final del seguimiento. Por último, el riesgo de morir fue 8.4 veces mayor en los pacientes con un estilo de vida sedentario. ⁽⁴²⁾

Una investigación realizada por Maricarmen Hernández de la Rosa y coautores titulado: Efecto del estilo de vida en el control de pacientes con hipertensión arterial en México ⁽⁴³⁾, plantean que los pacientes hipertensos de su estudio presentan estilos de vida adecuados, lo cual no concuerda con este trabajo donde los estilos de vida son en su gran mayoría inadecuados. Estos resultados demuestran que los pacientes hipertensos tienen hábitos alimentarios favorables

para que se instauren otras afecciones como son la diabetes mellitus y las cardiopatías, así como la elevación de las cifras de colesterol.

La Tabla No 5 se muestra de forma general los estilos de vida de los pacientes adultos jóvenes, que serán analizados de forma independiente en tablas posteriores. Predominando los estilos de vida inadecuados, así mismo llega a conclusiones similares la autora Maricarmen Hernández de la Rosa y colaboradores en un estudio realizado en 2018.⁽⁴³⁾

En cuanto a los hábitos tóxicos se evidencia que el 78.9 % de los pacientes adultos jóvenes hipertensos presenta hábitos tóxicos los cuales están representados en su mayor medida por el consumo de café en primer lugar donde se encuentran incluidos estos 41 pacientes (27.8%) seguido del consumo de alcohol con 39 pacientes (26.5%) y tabaquismo 36 pacientes para un 24.4%. Estudio que coincide con el realizado por Odalys Rivero Canto en Cuba en este año⁽⁴⁴⁾, donde el mayor porcentaje de los encuestados refirió consumir café con 78,3 %, seguido del consumo de tabaco 31,9% con predominio del sexo masculino.

Maldonado-Cantillo et al., (2020) notó en su estudio que las mujeres están fumando y son más sedentarias que los hombres hipertensos; en un estudio realizado en pacientes ambulatorios que asisten al programa de control de hipertensión arterial en el Hospital Jorge Cristo Sahium, de Villa del Rosario, Norte de Santander, Colombia; el 49,39 % de estos pacientes consume cigarrillo, otros factores de riesgo identificados fue el consumo de bebidas alcohólicas (42,95 %) y los malos hábitos alimenticios, como alto consumo de grasa, sal y azúcar⁽⁴⁵⁾

Los hábitos alimentarios se observa la inadecuada alimentación de los hipertensos ya que la gran mayoría ingiere como preferencia alimentos fritos, comida chatarra azúcares. En un estudio realizado por De Herrera, T, (2019)⁽²¹⁾ respecto al estilo de vida, dimensión alimentación y nutrición de los adolescentes, halló que fue; No

saludables 1,3%, poco saludables el 12,5%, saludables en un 72,50% y muy saludables en un 13,7% (18).

El desconocimiento de un balance dietético puede traer consecuencias para los pacientes, basadas en trastornos endocrino-metabólicos que son prevenibles en estos pacientes.

Estos resultados son reafirmados por María Caridad Reyes Caballero y coautores ⁽⁴⁶⁾ llegando a la conclusión que la comida más consumida por los pacientes hipertensos son las perjudiciales para la salud.

Con respecto a la frecuencia en que se realizan los ejercicios físicos el mayor por ciento de pacientes no realiza nunca ejercicios a predominio del sexo masculino con

El tipo de actividad física que más realizan los pacientes son los aerobios, las cuales la realizan 50 pacientes para un 34.0% a predominio del sexo femenino con 26 pacientes para un 36.6 por ciento.

En un estudio realizado, de los pacientes encuestados en el I Centro de Salud Juan Pablo II, el 9,59%(7) tienen un estilo de vida en su dimensión actividad física bueno, un 38,36%(28), regular y 1,37%(1), malo. Del 50.7%(37). ⁽⁴⁷⁾, afirma que el mayor por ciento de pacientes hipertensos en su estudio relacionado con el estilo de vida mantiene una actividad física inadecuada al sólo realizar el ejercicio. Además, estos pacientes no le dan importancia a las mejorías que tiene para su sistema cardiovascular y circulatorio la realización adecuada de actividad física. Igualmente, el doctor Emilio Ledesma y colaboradores ⁽⁴⁸⁾, reafirman la no utilización del ejercicio físico como hábito que mejora la salud de estos pacientes.

Estudio realizado en México por la autora Maricarmen Hernández de la Rosa y colaboradores en 2018 ⁽⁴³⁾, plantean que los pacientes hipertensos utilizan de forma adecuada su tiempo libre y además duermen entre 8 y 10 horas diarias. Estos datos obtenidos coinciden con este estudio donde los pacientes no utilizan correctamente el tiempo libre.

El tiempo libre, ocio y sueño los autores que hacen referencia a este plantean que las personas duermen menos de 6 horas diarias, concordando estos resultados con los presentes en este estudio donde la mayor parte de los pacientes duermen entre 8 y 10 horas diarias.⁽⁴⁹⁾

CONCLUSIONES

En el grupo de pacientes adultos jóvenes hipertensos estudiados existe un leve predominio del sexo masculino, edades entre 33-35 años, sobrepeso y color de la piel no blanca; en cuanto al estado civil predominó mayoritariamente la unión estable y en cuanto al nivel de escolaridad predominan los preuniversitarios. La Hipercolesterolemia y la Hipertensión Arterial en familiares de primer grado de consanguinidad, principalmente madres y abuelos, fueron los factores más destacados entre los antecedentes de salud. Los estilos de vida de los pacientes hipertensos que participan en el estudio son no saludables e inadecuados, predominando los malos hábitos alimentarios y hábitos tóxicos, existiendo un predominio del sexo masculino

RECOMENDACIONES

Realizar campañas informativas en medios de comunicación sobre estilos de vida saludables para prevenir la Hipertensión Arterial ya que esta enfermedad está presente en grupos poblacionales más jóvenes.

Incentivar a los pacientes hipertensos sobre la importancia de adoptar hábitos alimenticios y estilos de vida saludables mediante charlas o visitas domiciliarias para concienciar sobre la gravedad de la enfermedad y las complicaciones que pueden tener a futuro

Promover otros estudios posteriores donde se realicen intervenciones tanto educativas como comunitarias para modificar estilos de vida en estos pacientes y prevenir complicaciones en edades tempranas, e incluso llegar a una vejez en óptimas condiciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, Et Al. Esh/Esc Guidelines For The Management Of Arterial Hypertension. The Task Force For The Management Of Arterial Hypertension Of The European Society Of Hypertension (Esh) And Of The European Society Of Cardiology (Esc). Eur Heart J. [Internet]. 2013[Citado 2020 Mar 06]. ;(34):2159-219.
2. Cairo Sáez G, Batista Hernández N E, Pérez Guerra L E, Muñiz Casas I, Pino Mildestein Thays. Mortalidad Por Hipertensión Arterial En El Área De Salud Del Policlínico Universitario «Marta Abreu». Mediacentro Electrónica [Internet]. 2017 Jun [Citado 2020 Mar 11]; 21(2): 120-12
3. Santana Hernández Elayne Esther, Pérez Pérez Alvaro. Agregación familiar en pacientes con hipertensión arterial. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Sep [citado 2020 Dic 08] ; 33(3): 352-359. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252017000300008&lng=es.
4. Senra Armas Luis Alfonso, Sánchez Caballero Yanaisa, Torres Cuevas Boris Luis, Suardíaz Martínez Lourdes. Hipertensión arterial como presentación de arteritis de Takayasu. Rev cubana med [Internet]. 2015 Jun [citado 2020 Dic 08]; 54(2): 167-174. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232015000200007&lng=es.
5. Rodríguez Mikhail Benet, León-Regal Milagros, Morejón-Giraldoni Alain. Riesgo De Hipertensión Arterial En Individuos Hiperreactivos Cardiovasculares. Salud Pública Méx [Revista En La Internet]. 2018 Ago [Citado 2020 Mar 12]; 60(4): 414-422.} Disponible En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036342018000400017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.21149/8965>
6. Mora Orozco, A. M. (2018). Percepción Y Adherencia A Un Programa De Hipertensión Arterial En Un Municipio De Risaralda, Colombia. *Revista De Salud*

Pública [Internet]. 2018[Citado 2020 Enero 24] 22(3), 48-56. Disponible En : <https://Revistas.Unc.Edu.Ar/Index.Php/Rsd/Article/View/20652>

7. Organización Panamericana de Salud. Día Mundial De La Hipertensión 2017: Conoce Tus Números[Internet].Chile: Ops, [Consultado 17 Diciembre 2019]. DisponibleEn:https://Www.Paho.Org/Hq/Index.Php?Option=Com_Content&View=Article&Id=13257:Dia-Mundial-De-La-Hipertension-2017-Conoce-TusNumeros&Itemid=42345&Lang=Es

8. Brandão A, Dantas J, Costa I, Santos M, Galvão E. Riesgo De Enfermedades Cardiovasculares En Ancianos: Hábitos De Vida, Factores Sociodemográficos Y Clínicos. Gerokomos. 2017;28(3):127-130.

9. Choquepuma Peralta K D, Flores Mendez, C I. “Comunicación Terapéutica Y Adherencia Al Tratamiento En Pacientes Con Hipertensión Arterial Hospital Municipal, Arequipa-2019”. [Tesis En Internet]. 2019 [Citado 31 enero De 2020]. Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa. Disponible En : <http://Repositorio.Urp.Edu.Pe/Xmli/Bitstream/Handle/Urp/1312/68%20garaundoh%20meza.Pdf?Sequence=1&Isallowed=Y>

10. López Sánchez R. Adherencia Al Tratamiento Farmacológico En Pacientes Hipertensos. Consultorio # 39. Cumanayagua,**2015-2016**. [Tesis] Facultad De Ciencias Médicas De Cienfuegos. Policlínico Universitario “Araceli Rodríguez Castellón “. Cumanayagua,2017

11. Pacherre Roosvelt. Nivel De Adherencia Al Tratamiento De hipertensión Arterial En Los Adultos Mayores Servicio De Medicina Hospital Nacional Dos De Mayo diciembre 2016. [Tesis En Internet]. 2018 [Citado 31 Enero De 2020]. Universidad Privada San Juan Bautista Facultad De Ciencias De La Salud. Lima – Perú. Disponible En:https://Alicia.Concytec.Gob.Pe/Vufind/Record/Upsi_Cc42a149fbcc8bcd8383626e42701698/Details

12. Riveros Sullca, Jaime Luis. "Nivel De Adherencia Terapéutica En Pacientes Con Hipertensión Arterial Del Centro De Salud Max Arias Schreiber, La Victoria – 2019". [Tesis En Internet]. 2019 [Citado 31 enero De 2020]. Universidad Privada Norbert Wiener Facultad De Ciencias De La Salud. Lima – Perú. Disponible En : [Http://Repositorio.Uwiener.Edu.Pe/Bitstream/Handle/123456789/3044/Tesis%20riveros%20jaime.Pdf?Sequence=1&Isallowed=Y](http://Repositorio.Uwiener.Edu.Pe/Bitstream/Handle/123456789/3044/Tesis%20riveros%20jaime.Pdf?Sequence=1&Isallowed=Y)
13. Cruz-Betancourt A, Martínez-García E, Lara-Delgado H, Vargas-Ramirez L, Pérez-Pérez A. Morbilidad y mortalidad en adultos mayores, relacionada con las crisis hipertensivas. Correo Científico Médico [revista en Internet]. 2015 [citado 2020 marzo 12]; 19(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcofmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2163>
14. Piloto Hernández Leyanis, Palma López María Elena, Rodríguez Álvarez Leonel, Carmona Brito Jeiller. Principales causas de muerte en pacientes hipertensos. Rev cubana med [Internet]. 2015 Mar [citado 2020 Mar 12] ; 54(1): 14-26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232015000100003&lng=es.
15. Organización Panamericana de la Salud. Deaths due to non-communicable diseases in countries of the Americas [Internet]. 2015 [citado el 10 de febrero 2018] Calidad de vida en salud en el adulto mayor con Hipertensión Arterial. Consultorio No. 5. de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article
16. Vargas Bernal W. "Impacto de un programa educativo sobre el nivel de conocimientos y actitudes hacia su enfermedad en pacientes hipertensos. Policlínico metropolitano essalud – 2018" [Tesis en Internet]. 2018 [citado 14 marzo de 2020]. Universidad nacional de san agustín de arequipa. Arequipa. Disponible en : <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/7674/MDMbalag.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Díaz, A. L. Estilos de vida y cuidados preventivos en la hipertensión arterial del adulto mayor, centro de salud Carlos Protzel, 2018 [Internet] [Tesis de grado]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2019. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4956/TESIS%20DIAZ%20DEL%20OLMO%20ILIZARBE.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
18. Obando, R. Estilos de vida en pacientes adultos mayores hipertensos del consultorio externo de Cardiología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima, 2018 [Internet] [Tesis de grado]. Universidad César Vallejo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2019. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/25547?show=full>
19. Cajachagua-Castro, Vargas-Ticona, Ingles-Rayme, Chávez-Sosa. Estilos de vida asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. 2021; Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_4_2021/10_estilos_asociados.pdf
20. Callapiña-De Paz, Cisneros-Núñez, Guillén-Ponce, De La Cruz-Vargas. Estilo de vida asociado al control de hipertensión arterial y diabetes mellitus en un centro de atención en lima, durante la pandemia de covid-19. Rev Fac Med Hum [Internet]. 2022;22(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v22n1/2308-0531-rfmh-22-01-79.pdf>
21. De Herrera, T. Estilos de vida de los adolescentes que acuden al centro de salud de Huancan, 2019 [Internet] [Tesis de Especialista en Salud Familiar y Comunitaria]. Universidad Nacional de Huancan; 2019. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3024/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2019-TITO%20QUISPE%20DE%20HERRERA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. [Internet]. 2014 [citado 14 marzo de 2020]. 3. ed. aumentada y corregida. -- La Habana: Editorial Ciencias

Médicas. Disponible en :
http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo5_3raedicion/indice_p.htm

23. Herrera, D., Gaus, D., Troya, C., Obregón, M., Guevara, A., y Romero, S. (2016). Hipertensión arterial. Manual médico. Saludesa, 1(1), 76 Recuperado de <http://saludrural.org/index.php/Manual/article/view/32/135>

24. Vega Candelario R, Vega Jiménez J, Jiménez Jiménez UM. Caracterización epidemiológica de algunas variables relacionadas con el estilo de vida y los factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. CorSalud [Internet]. 2018 [citado 10 feb 2019];10(4): [aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/395/780>

25. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, De la Noval García R, et al. Hipertensión arterial. Guía para el diagnóstico, evaluación y tratamiento. La Habana: ECIMED; 2018.

26. Lombera Romero F, Barrios Alonso V, Soria Arcos F, Placer Peralta L, Cruz Fernández JM, Abadal LT, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2000 [citado 13 Mar 2019]; 53 (1): [aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://www.revespcardiologia.org/es/guias-practica-clinica-sociedad-espanola/articulo/13041317/>

27. Cayambe Ashqui E D. Calidad de vida en salud en el adulto mayor con Hipertensión Arterial. Consultorio No. 5. Cumanayagua. [Tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raúl Dorticos Torrado". Policlínico "Aracelio Rodríguez Castellón". Cumanayagua. Cienfuegos, 2018

28. *Duardo Tamayo Y, Mojena Fernández O, Peña Valdés A "Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en el CMF la Caridad. Jobabo", Revista Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. (julio 2019). [citado 14 marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/riesgo-hipertension-arterial.html/hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1907riesgo-hipertension-arterial>*

29. Campos Nonatom I., Hernández Barrera L, Pedroza Tobías A., Medina C., Barquer S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. salud pública de México / vol. 60, no. 3, México; mayo junio de 2018.
30. Vega Angarita O. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta. Salud Uni norte. Vol. 30 (2): 133-145. Colombia; 2014
31. Buenaño Naula AR, Propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables en hipertensos adultos. [Tesis en Internet] Ecuador: Escuela superior Politécnica de Chimborazo; 2016 [5 ene de 2022] Disponible en: <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/5156/1/T-SENESCYT-01713.pdf>
32. Córdova López Patricio Fernando. Estudio experimental de intervención educativa en conocimientos, actitudes y prácticas para ictus. Rev FCM Univ Cuenca [Internet]. 2019 [citado 10 Mar 2021]; 37(3): [aprox. 8p.]. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/2737>
33. Castillo Daza LA, Osejo Cabrera CM, Gamarra Serna M. Caracterización de una intervención educativa en salud. [Internet]. 2020 [citado 7 jul 2020]; 5(1): [aprox. 15p.]. Disponible en: <https://revistas.userena.cl/index.php/cuidenf/article/view/1240>
34. Díaz-Piñera A, Rodríguez-Salvá A, García-Roche R, Carbonell-García I, Achiong-Estupiñán F. Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. Revista Finlay [revista en Internet]. 2018 [citado 2021 Dic 10]; 8(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/621>
35. Hernández Vázquez, Luis Manuel, et al. Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio médico 3 del Policlínico Docente"

Ana Betancourt". Revista Cubana de Medicina General Integral, 2014, vol. 30, no 1, p. 59-70.

36. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, De la Noval García R, et al. Hipertensión arterial. Guía para el diagnóstico, evaluación y tratamiento. La Habana: ECIMED; 2018.

37. Tagle R. Diagnóstico de hipertensión arterial. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2018 [citado 7 Mar 2019];29(1): [aprox. 19 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864018300099>

38. Moreno PLM, Lardoezt FR, Iglesias RMB, et al. Estudio de agregación familiar en la hipertensión arterial en el municipio Plaza de la Revolución. Rev Ciencias Médicas. 2018;22(2):242-250. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2018/rcm182f.pdf>

39. Villarreal-Ríos Enrique, Camacho-Álvarez Iraís Anahury, Vargas-Daza Emma Rosa, Galicia-Rodríguez Liliana, Martínez-González Lidia, Escorcía Reyes Verónica. Antecedente heredofamiliar de hipertensión (padre-madre), factor de riesgo para familia hipertensa (hijos). Rev Clin Med Fam [Internet]. 2020 [citado 2021 Nov 20] ; 13(1): 15-21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2020000100004&lng=es.

40. Jetón, D.; Pasato, S. Factores predisponentes a hipertensión arterial en adultos de 40 a 65 años de edad, centro de salud "San Fernando". *Cuenca 2016 Tesis. Universidad de Cuenca Ecuador*, 2016.

41. González GWA, Yaguachi ARA. Consumo de sal, estilos de vida, y exceso de peso en pacientes hipertensos atendidos en un servicio de Cardiología de un hospital ecuatoriano de especialidades. RCAN. 2018;28(2):287-297.

42. Rodríguez-Cuba MA, Ibarra-Abanto SJ, Parodi JF, Runzer- Colmenares FM. Sedentarismo y mortalidad en pacientes hipertensos: rol de los criterios de

sarcopenia. Rev. Fed. Arg. Cardiol. [Internet]. 30 de marzo de 2022 [citado 20 de octubre de 2022];51(1):16-22. Disponible en: <https://www.revistafac.org.ar/ojs/index.php/revistafac/article/view/361>

43. De la Rosa Hernández M, Quinto Godoy J, San Salvador Romero C Y, Gabriel Gutiérrez I, Aguirre Arthur F. Efecto del estilo de vida en el control de pacientes con hipertensión arterial sistémica en una unidad de medicina familiar en Puebla, México. Aten Fam. [Internet].2018; 25(4): 155-159. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82951>

44. Rivero Canto O., Martínez Rivero A., Muñoz Escobar E. Hipertensión Arterial. Prevalencia y factores de riesgo en la población de un consultorio de Morón. Cuba;2018.

45. Maldonado-Cantillo, Rodríguez-Salvá, Díaz-Perreira, Londoño-Agudelo, León-Sánchez. Comportamiento epidemiológico de la Hipertensión arterial en un Policlínico cubano. Horiz Sanit [Internet]. 2020;19(1). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592020000100069

46. Reyes CMC, Menéndez GL, Obregón PJN, et al. Efectividad de una intervención educativa para modificar conocimientos sobre estilos de vida en pacientes hipertensos. EduMeCentro. 2021;13(1):149-166.

47. Juárez Chirinos, Gustavo Manuel; VARGAS ALVA, Rodolfo Santos. Nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al consultorio de medicina del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao–2021. 2021.

48. Ledesma Rivera E, Arévalo Junco J V, Martínez Flores M, Hernández Fornaris A, Santiago Ledesma R M, Pereda Afonso Y. Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial. Rev Cub MGI. [Internet]. 2019 [citado 14 Oct 2022]; [aprox. 16p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/807/263>

49. Burbano Rivera, D Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso. [Internet]. 2017 [citado: 2021, noviembre] Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá Facultad de Enfermería. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/62063/dairavanesaburbanoriv era.2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anexo. No.1 Consentimiento Informado Institucional.

El que suscribe: _____, en mi papel de Director (a) del Policlínico Ernesto Guevara de la Serna _____, hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado Caracterizar los estilos de vida en los pacientes adultos jóvenes hipertensos del consultorio 9 del área IV. previa explicación recibida por parte de la Dra. Dayme Rodríguez Fumero, jefa del mismo.

Nos fue explicada la importancia de la investigación:

- Durante la investigación se les aplicará un formulario de datos, instrumento diseñado con el objetivo de determinar la prevalencia de sobrepeso/obesidad infantil, los factores de riesgo relacionados y las comorbilidades asociadas que incluye
- Los datos aportados en la misma se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio.
- Se mantendrá la confidencialidad de los datos personales a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación.
- Se nos ha explicado claramente las actividades incluidas en el estudio, sus objetivos y los medios que serán utilizados en la misma.
- Nuestro consentimiento de permitir el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá ninguna implicación en la relación con el personal de salud.
- Puede retirarse la institución en cualquier momento del protocolo de investigación que se decida sin que sea necesario explicar las causas y sin que esto afecte la relación con el personal de salud.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la investigadora a los ____ días del mes de _____ del ____

Director de la Institución

Firma Jefa del Proyecto

Firma del

Anexo No.2 Consentimiento Informado de Pacientes

Por la presente yo (Nombre del paciente):

.....

Doy el consentimiento de participar en la investigación, Caracterizar los estilos de vida en los pacientes adultos jóvenes hipertensos del consultorio 9 del área IV del municipio de Cienfuegos, previa explicación por el Dra Aimet Cuenca Lujan que en mi consultorio médico de la familia se desarrolla actualmente una investigación de hipertensión en adultos jóvenes que tiene el propósito de caracterizar algunos estilos de vida asociados a la enfermedad que causan y desencadenan agresiones a la evolución de esta enfermedad. Conozco además que mi participación en la investigación me permitirá adquirir conocimientos el proceso de esta enfermedad muy útil para actuar sobre los factores que pueden afectar la calidad de vida de los adultos mayores y con ello garantizar un adecuado estado de salud, siendo los resultados de esta investigación también utilizados para contribuir al estudio del envejecimiento poblacional del país.

Se me ha informado que los datos obtenidos sólo serán conocidos por los investigadores y no serán revelados a ninguna persona sin mi autorización ni serán utilizados en otras investigaciones no relacionadas con esta.

De igual manera se me ha explicado que de este estudio no se obtendrán beneficios económicos ni para mí, ni para los investigadores que lo realicen.

Sobre la base de lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas las dudas expreso mi disposición a participar en esta investigación estando dispuesto a cooperar y retirarme del estudio si así lo deseo.

Firma de Paciente: _____

Firma de Médico: _____

Anexo No. 3 Formulario de datos

Instrumento de recolección de datos

Nombre y Apellidos: _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ TA: _____

1. Edad (en años cumplidos): _____

2. Sexo: _____

3. Color de la piel: a) Blanca __ b) No Blanca __

4. Estado civil: a) Soltero/a __ b) Casado/a __ c) Unión estable __

d) Divorciado/a __ e) Viudo/a __

5. Nivel de escolaridad: a) Primaria sin terminar __ b) Primaria terminada __

c) Secundaria terminada __ d) Pre-Universitario terminado __

e) Técnico Medio __ f) Universitario __

6. Ingiere bebidas alcohólicas: a) Sí __ b) No __

7. Consume café más de tres veces al día: a) Sí __ b) No __

8. ¿En su familia alguien padece de Hipertensión Arterial? a) Sí __ b) No __

9. Si su respuesta es Sí, diga el parentesco con usted: _____

10. De los factores de riesgo siguientes, marque con una X los presentes en usted:

a) Obesidad __ b) Sedentarismo __ c) Actividad Física prolongada __

d) Estrés __ e) Insomnio __ f) Recreación diaria __

g) Trabajo Administrativo __ h) Trabajo con recursos __

11. Practica ejercicios físicos: a) Si __ b) No __

12. En caso de practicarlos ¿con qué frecuencia los realiza?

a) 1 a 2 veces/semana ___ b) 3 veces/semana ___

c) 5 a 6 veces/semana ___ d) Todos los días ___

13. Realiza ejercicios físicos para:

a) Bajar de peso ___ b) Mejorar mi salud ___

c) Disminuir la presión arterial ___

d) Aumentar la ansiedad por comer ___

e) Otro ¿Especifique? _____

14. ¿Qué ejercicios físicos prefiere realizar por ser hipertenso:

a) Natación ___ b) Carrera de velocidad ___ c) Carrera de resistencia ___

d) Aeróbicos ___ e) Caminatas ___ f) Ninguno ___

g) Otros (especifique) _____

15. ¿Cuántas comidas realiza al día?

a) 3- 4 Comidas al día ___ b) Cuando tengo hambre ___

c) No cuento las veces ___ d) 6 comidas al día

e) ninguna de las anteriores

f) Especifique _____

16. De la siguiente lista marque los alimentos beneficiosos para su salud que consume con mayor frecuencia:

a) Frutas ___ b) Verduras y vegetales ___ c) Comida chatarra ___ d) Enlatados ___

e) Pescados ___ f) Carne de Cerdo ___ g) Granos ___ h) Dulces caseros ___

i) Alimentos fritos ___ j) Derivados de la leche ___ k) Pastas ___

l) Grasas animales ____ m) Grasas vegetales

n) Otros (especificar) _____

17. Cuántas horas duerme usted diariamente:

a) Menos de 5 horas diarias ____ b) 5 a 6 horas diarias ____

c) 8 a 10 horas diarias ____ d) Otras horas diarias _____

18. En qué emplea su tiempo libre:

a) Juegos de mesas ____ b) Fumar ____ c) Beber ____ d) Fiestas populares ____

e) Ver televisión ____ f) Otros ____

Anexo No. 4

Tabla 5: Relación de estilos de vida de los pacientes hipertensos según grupo de edades y sexo. Consultorio 9 Área IV. Cienfuegos. 2022

Grupo de edades	Sexo		Hábitos tóxicos		Hábitos alimentarios		Actividad física		Tiempo libre y ocio	
			Adecuados	Inadecuados	Adecuados	Inadecuados	Adecuados	Inadecuados	Adecuados	Inadecuados
18-20	M	no	2	7	1	8	2	7	3	6
		%	2.6	9.2	1.3	10.5	2.6	9.2	3.9	7.8
	F	no	4	4	1	7	4	4	2	6
		%	5.7	5.6	1.4	9.8	5.6	5.6	2.8	8.4
21-23	M	no	5	7	4	8	5	7	6	6
		%	6.5	9.2	5.2	10.5	6.5	9.2	7.8	7.8
	F	no	7	8	5	10	6	9	9	6
		%	9.8	11.2	7	14	8.4	12.6	12.6	8.4
24-26	M	no	5	8	6	7	5	8	6	7
		%	6.5	10.5	7.8	9.2	6.5	10.5	7.8	9.2
	F	no	2	8	5	5	4	6	3	7
		%	2.8	11.2	7	7	5.6	8.4	4.2	9.8
27-29	M	no	2	12	6	8	7	7	5	9
		%	2.6	15.7	7.8	10.5	9.2	9.2	6.5	11.8
	F	no	2	8	3	7	5	5	6	4
		%	2.8	11.2	4.2	9.8	7	7	8.4	5.6
30-32	M	no	7	8	5	10	9	6	7	8
		%	9.2	10.5	6.5	13	11.8	7.8	9.2	10.5
	F	no	3	9	6	6	5	8	6	6
		%	4.2	12.6	8.4	8.4	7	11.2	8.4	8.4
33-35	M	no	4	10	5	9	7	7	7	7
		%	5.2	13	6.5	11.8	9.2	9.2	9.2	9.2
	F	no	5	10	7	8	5	10	9	6
		%	7	14	9.8	11.2	7	14	12.6	8.4
Total	M		25	51	27	49	35	41	34	42
		%	32.8	67.1	35.5	64.4	46	53.9	44.7	55.2
	F		23	48	27	44	29	42	35	36
		%	32.3	67.6	38	61.9	40.8	59.1	49.2	50.7

Fuente Cuestionario

Anexo No. 5

Tabla 7: Distribución de hábitos alimentarios en pacientes hipertensos según grupo de edades y sexo. Consultorio 9. Área IV. Cienfuegos. 2022

Grupo de edades	Sexo		Hábitos Alimentarios						
			Frutas y Verduras	Comida chatarra	Enlatados	Granos	Sal	Azúcar	Alimentos fritos
18-20	M	no	6	8	2	5	6	4	9
		%	7.8	10.5	2.6	6.5	7.8	5.2	11.8
	F	no	1	7	4	4	6	6	8
		%	1.4	9.8	5.6	5.6	8.4	8.4	8.4
21-23	M	no	4	8	5	6	6	7	5
		%	5.2	10.5	6.5	7.8	7.8	9.2	6.5
	F	no	5	10	7	8	9	11	15
		%	7	14	9.8	8.4	12.6	15.4	21.1
24-26	M	no	6	7	4	8	6	8	9
		%	7.8	9.8	5.2	10.5	7.8	10.5	11.8
	F	no	5	5	4	6	8	4	9
		%	7	7	5.6	8.4	11.2	5.6	12.6
27-29	M	no	6	8	8	7	4	9	10
		%	7.8	10.5	10.5	9.2	5.2	11.8	13.1
	F	no	3	7	5	8	8	9	10
		%	4.2	9.8	7	11.2	11.2	12.6	14
30-32	M	no	5	10	8	9	8	9	11
		%	6.5	13.1	10.5	11.8	10.5	11.8	14.4
	F	no	6	6	5	7	4	5	8
		%	8.4	8.4	7	9.8	5.6	7	11.2
33-35	M	no	5	9	5	9	9	9	8
		%	6.5	11.8	6.5	11.8	11.8	11.8	10.5
	F	no	7	8	8	5	6	8	8
		%	9.8	11.2	11.2	7	8.4	11.2	11.2
Total	M	no	32	50	32	44	39	46	52
		%	54.2	53.7	45.7	53.6	48.7	51.6	47.2
	F	no	27	43	38	38	41	43	58
		%	45.7	46.2	54.2	46.3	51.2	48.3	52.7
	T	no	59	93	70	82	80	89	110
		%	40.1	63.2	47.6	55.7	54.4	60.5	74.8

Fuente Cuestionario

