



CÓMO CITAR

Montero-Jimeno AJ, Vega-Martínez D, Cabrera-Espinosa L, Rodríguez-Benítez E, Negret-Hernández M. Análisis de los factores de riesgo de hipertensión arterial en un policlínico de Matanzas, Cuba. Rev Méd Electrón [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso];48:e6669. Disponible en: <http://www.revmedicalelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6669/6440>

*Autor para correspondencia:

albertojm.mtz@infomed.sld.cu

Revisores:

Silvio Faustino Soler-Cárdenas y José Alberto Afonso-de-León.

Palabras clave:

factores de riesgo, hipertensión arterial, perímetro abdominal, adherencia al tratamiento.

Key words:

risk factor, arterial hypertension, abdominal perimeter, adherence to treatment.

Recibido: 06/06/2025.
Aceptado: 22/11/2025.
Publicado: 01/01/2026.

Artículo de Investigación

Análisis de los factores de riesgo de hipertensión arterial en un policlínico de Matanzas, Cuba

Analysis of risk factors for arterial hypertension in a polyclinic in Matanzas, Cuba

Alberto de Jesús Montero-Jimeno^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2620-8585>

Daymi Vega-Martínez² <https://orcid.org/0009-0008-6298-7716>

Liosvany Cabrera-Espinosa¹ <https://orcid.org/0000-0002-2439-7458>

Elaine Rodríguez-Benítez³ <https://orcid.org/0009-0002-3502-5139>

Marisol Negret-Hernández¹ <https://orcid.org/0000-0001-8025-9490>

Afilación:

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

² Policlínico Docente Carlos Verdugo Martínez. Matanzas, Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es el desorden cardiovascular más común en países desarrollados y en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud ubica al sedentarismo como un factor de riesgo y causa del incremento de la mortalidad y morbilidad en el mundo actual.

Objetivo: Evaluar factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes del Policlínico Docente Carlos Verdugo Martínez, de Matanzas, Cuba.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de corte transversal, con 624 pacientes atendidos en tres consultorios médicos, de Matanzas, con diagnóstico de hipertensión arterial. El período de tiempo analizado fue del 1 de julio al 31 de diciembre de 2024.

Resultados: Predominó el sexo femenino, con el 59,37 %. El grupo etario más afectado fue el de 50 a 59 años, con un 44,79 %. Prevaleció el nivel educacional medio y el color blanco de piel. El 50,49 % de los pacientes que son trabajadores no tienen adherencia al tratamiento.



El sedentarismo ocupó el primer lugar dentro de los factores de riesgo, con asociación estadística significativa en el sexo femenino; le siguen el sobrepeso y la alimentación poco saludable. El perímetro abdominal aumentado preponderó en los hombres y la obesidad abdominal en las mujeres. La mayor cantidad de pacientes tiene menos de nueve años de evolución de la enfermedad.

Conclusiones:

Es necesaria una intervención educativa dirigida al sexo femenino para combatir el sedentarismo y el sobrepeso, como eje central en la prevención de la hipertensión arterial.

ABSTRACT

Introduction: High blood pressure is the most common cardiovascular disorder in both developed and developing countries. The World Health Organization identifies sedentary lifestyle as a risk factor and cause of increased mortality and morbidity in today's world.

Objective: To evaluate the risk factors for hypertension in patients at the Teaching Polyclinic Carlos Verdugo Martínez in Matanzas, Cuba.

Methods: A retrospective, cross-sectional, descriptive study was conducted with 624 patients who attended three doctor and nurses offices, from Matanzas, diagnosed with high blood pressure. The period analyzed was from July 1 to December 31, 2024.

Results: Females predominated, accounting for 59,37 %. The most affected age group was 50 to 59 years, accounting for 44,79 %. Medium educational level and white people prevailed. 50.49% of the patients, who were workers, did not adhere to treatment. Sedentary lifestyle was at the first place among the risk factor, with a statistically significant association in women. Overweight was next, followed by an unhealthy diet. Increased waist circumference was prevalent in men and abdominal obesity in women. Most patients had disease onset less than 9 years earlier.

Conclusions: An educational intervention targeting women is necessary to combat sedentary lifestyles and overweight, as a central axis in the prevention of high blood pressure.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es el desorden cardiovascular más común tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, con una prevalencia global



aproximada de 17,5 %. Los malos resultados en el control de la HTA obedecen fundamentalmente a sistemas sanitarios inadecuados, no enfocados en atención primaria, con recursos financieros limitados y falta de priorización en la atención de enfermedades crónicas.⁽¹⁾

Constituye la HTA una enfermedad crónica no trasmisible, cuyo diagnóstico se realiza cuando se constatan valores iguales o mayores de 140 mmHg la sistólica y 90 mmHg la diastólica. Es importante conocer de manera sistemática estos valores con la monitorización ambulatoria o la automedición.⁽²⁾

La HTA es una enfermedad de gran interés, pues ha sido catalogada como un problema de salud pública, y constituye un desafío para los servicios de salud y políticas públicas, quienes buscan controlar la morbilidad, su relevancia social, económica y emocional. Además, ha mostrado ser una problemática de gran relevancia, dadas las dificultades en el logro de la adherencia al tratamiento.

El estudio en torno a la adherencia al tratamiento como la principal medida de control de la enfermedad se convierte en prioritario, ya que se evidencian dificultades en el logro de las metas esperadas.⁽³⁾

A escala mundial se estiman 1130 millones de personas con HTA, la mayoría de ellas reside en países de ingresos bajos y medianos. La hipertensión es considerada como una de las causas fundamentales de muerte prematura en el mundo. Es por ello que una de las metas internacionales para las enfermedades no trasmisibles es reducir su prevalencia en un 25 % para 2025 (con respecto a los valores de referencia de 2010).

En el continente americano, cerca de 140 millones de personas presentan HTA, mientras que en América Latina y el Caribe se calcula entre un 8 y 30 %.

El informe del Ministerio de Salud Pública sobre la dispensarización de las personas hipertensas mostró que solo 8,6 % de la población adulta estaba bajo este método activo de control, muy lejos de la prevalencia demostrada.

En estudios realizados sobre el tema, se describen una serie de factores de riesgo relacionados con esta enfermedad, como son: estrés, obesidad, sedentarismo, hábito de fumar, dieta rica en grasas saturadas y sal, color de la piel, herencia, diabetes mellitus e hipercolesterolemia.⁽⁴⁾

La HTA persiste como un problema de salud complejo y de difícil manejo en el ámbito individual, familiar, comunitario y social.⁽⁵⁾ En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ubica al sedentarismo como un factor de riesgo y causa del incremento de la mortalidad, morbilidad y discapacidad en el mundo actual.

A pesar del preocupante aumento de la prevalencia del sedentarismo, parece que no se termina de ser consciente de la urgente necesidad de desarrollar



políticas poblacionales y estrategias efectivas encaminadas a la promoción de la actividad física, así como a la prevención de estilos de vida sedentarios. La falta de actividad física es un problema de salud que se reconoce como un factor independiente de riesgo de enfermedad coronaria, por lo que el sedentarismo se asocia a un aumento simultáneo de las enfermedades cardiovasculares.

En Cuba, según los resultados de la III Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades No Trasmisibles se encontró que el sobrepeso global fue del 44,8 % (15 % de obesos y tenían insuficiente actividad física el 30 % de los hombres y el 51 % de las mujeres).⁽⁶⁾ La prevalencia de la HTA en la provincia de Matanzas en 2022 fue 251,5 por cada 1000 habitantes, según los datos del *Anuario estadístico de salud* en su 52 edición.⁽⁷⁾

El problema científico que motiva esta investigación es que se desconoce la presencia de factores de riesgo de la HTA en los pacientes atendidos en el Policlínico Docente Carlos Verdugo Martínez, de Matanzas. El objetivo general es evaluar factores de riesgo de la HTA en los pacientes atendidos en dicha institución.⁽⁷⁾

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de corte transversal, con el objetivo de evaluar factores de riesgo de la HTA en 624 pacientes del Policlínico Docente Carlos Verdugo Martínez, desde el 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2024. Debe destacarse que en este policlínico comenzó a implementarse la iniciativa HEARTS, de la OMS, en 2016. Fue amparada por organizaciones como la Comisión Nacional de HTA, la Organización Panamericana de la Salud, la OMS y la Liga Mundial de la HTA. Esta iniciativa forma parte de la estrategia nacional para la prevención y control de las enfermedades no trasmisibles y sus factores de riesgo.

Para el estudio se obtuvo la información de las historias clínicas de los 624 pacientes dispensarizados como hipertensos, que pertenecen a tres consultorios del Grupo Básico de Trabajo (GBT) #1 del mencionado policlínico, del Consejo Popular Pueblo Nuevo, ciudad de Matanzas. La muestra resultó coincidente al evaluar la totalidad del universo, por lo que no se necesitó un diseño muestral. Todos los pacientes dieron el consentimiento informado para participar en la investigación.

La presión arterial (PA) se midió de acuerdo a lo establecido en la *Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la HTA*. Se consideraron hipertensos a las personas que lo refirieron en el interrogatorio y se constató en la revisión de la historia clínica individual y en las historias clínicas familiares. Se consideró



la PA elevada cuando las cifras registradas fueron de 140 mmHg y más de presión arterial sistólica (PAS), y de 90 mmHg de presión arterial diastólica (PAD). A cada paciente se le realizaron tres lecturas de la PA, con intervalos de dos a tres minutos entre estas, según la metodología descrita en la citada guía; se descartó la primera toma y se promediaron las dos últimas.

Clasificación de los sujetos según las cifras de PA determinadas en el momento del examen

Presión arterial normal: PAS menos de 120 mmHg y PAD menos de 80 mmHg.

Hipertenso grado 1: persona que presenta PAS de 140 a 159 mmHg y PAD de 90 a 99 mmHg.

Hipertenso grado 2: persona que presenta PAS de 160 a 179 mmHg y PAD de 100 a 109 mmHg.

Hipertenso grado 3: persona que presenta PAS de 180 y más mmHg y PAD de 110 y más mmHg.⁽⁸⁾

Se relacionan a continuación los factores de riesgo que se tuvieron en cuenta:

Alimentación saludable: se considera que una persona se alimenta saludablemente si consume menos de una cucharadita de sal al día o si utiliza aceites saludables en la alimentación.⁽⁹⁾

Sedentarismo: se reconoce que una persona es sedentaria cuando no realiza al menos 30 min de ejercicio en la mayoría de los días de la semana.⁽⁶⁾

Tabaquismo: fumador pasado (si había fumado más de 100 cigarrillos en su vida y en ese momento no lo hacía) y fumador actual (si refería haber fumado más de 100 cigarrillos en su vida y continuaba haciéndolo).⁽¹⁰⁾

Consumo de bebidas alcohólicas: la cantidad y frecuencia se determinó por las normas establecidas socialmente. El alcohol ingerido no más de dos veces a la semana en una cantidad no mayor de un cuarto de botella de ron, o una botella de vino o cinco medias botellas de cerveza.⁽¹¹⁾

Para algunos autores el alcohol puede ser responsable, por lo menos, de la tercera parte de los hipertensos considerados esenciales.⁽¹²⁾

Se indagó en el nivel de adherencia al tratamiento según el *test* de Morisky, Green y Levine, consistente en una serie de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento del tratamiento farmacológico.



1. ¿Toma la medicación a la hora indicada?
2. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
3. ¿Cuándo se encuentra bien deja alguna vez de tomar la medicación?
4. ¿Si alguna vez se siente mal, deja de tomar la medicación?

Si a la primera pregunta el paciente responde sí y para las tres preguntas siguientes la respuesta es no, se demuestra adherencia al tratamiento. Si se invierte estas respuestas en al menos una pregunta, se trata de un paciente no adherente al tratamiento.⁽¹³⁾

Perímetro abdominal: estas mediciones se hicieron con una cinta métrica graduada en centímetros, flexible pero no distensible, con el paciente de pie y teniendo como referencias estructuras óseas. La circunferencia de la cintura se midió en el punto medio entre el borde superior de la cresta ilíaca y el borde inferior de las costillas. La lectura se realizó al final de la espiración. Las mediciones realizadas fueron recogidas en una planilla confeccionada con este objetivo. El resultado se obtuvo en centímetros (cm) y se clasificó como:

Normal: menor de 80 cm en las mujeres y 94 en los hombres.

Aumentado: de 80-88 en las féminas y de 94-102 en los varones.

Obesidad abdominal: mayor de 88 en las mujeres y de 102 en los hombres.

Índice de masa corporal: se consideró el resultado al dividir el peso en kilogramos entre la talla en metros cuadrados (kg/m^2), y se clasificó en:

Obeso: mayor de $29 \text{ kg}/\text{m}^2$

Sobrepeso: $26,1-29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$

Normopeso: $19,8-26 \text{ kg}/\text{m}^2$

Bajo peso: menor de $19,7 \text{ kg}/\text{m}^2$

La medición de la talla y el peso se realizó con una báscula-tallímetro Zenitec Professional de fabricación china, previamente calibrada.⁽¹⁴⁾

Definición de variables:

Edad: dividida en rangos de edades según años cumplidos (cuantitativa continua).



Sexo: femenino y masculino (cualitativa nominal dicotómica).

Nivel educacional: primario, secundario, nivel medio superior, nivel superior (cualitativa ordinal).

Ocupación: estudiante, trabajador, cuentapropista, desocupado, ama de casa, jubilado (cualitativa nominal politómica).

Factores de riesgo:

Alimentación saludable, que incluye dos categorías:

1. Si consume menos de una cucharadita diaria de sal.
2. Si consume una cucharadita diaria o más de sal (cualitativa nominal dicotómica).

Sedentarismo, que incluye dos categorías:

1. Si no realiza al menos 30 min de ejercicio en la mayoría de los días de la semana.
2. Si realiza al menos 30 min de ejercicio en la mayoría de los días de la semana (cualitativa nominal dicotómica).

Tabaquismo, que incluye dos categorías:

1. Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida y continúa haciéndolo.
2. Exfumador: si había fumado más de 100 cigarrillos en su vida y abandonó el tabaquismo (cualitativa nominal dicotómica).

Consumo de bebidas alcohólicas, que incluye dos categorías:

1. Si el alcohol es ingerido no más de dos veces a la semana en una cantidad no mayor de un cuarto de botella de ron, o una botella de vino o cinco medias botellas de cerveza.
2. Si el alcohol es ingerido más de dos veces a la semana en una cantidad mayor de un cuarto de botella de ron, o una botella de vino o cinco medias botellas de cerveza (cualitativa nominal dicotómica).



Antecedentes patológicos familiares (APF) de HTA: se tuvieron en cuenta los familiares de primer grado (padre, madre o hermanos). Esta variable se dividió en dos categorías: sí o no, en correspondencia con los antecedentes referidos por el paciente (cualitativa nominal dicotómica).

Índice de masa corporal: fue dividida en tres categorías: normopeso, sobrepeso y obeso (cualitativa ordinal politómica).

Perímetro abdominal: el resultado de la medición se clasificó según el sexo en normal, aumentado y obesidad abdominal (cuantitativa continua).

Color de la piel: fue evaluada según apreciación personal en blanca, negra, mestiza (cualitativa nominal politómica).

Evolución de la enfermedad en años: se tomaron en cuenta 4 intervalos de tiempo: <1 año, 1-9 años, 10-19 años y >20 años (cuantitativa continua).

Adherencia al tratamiento: adherente y no adherente (cualitativa nominal dicotómica).

El criterio de inclusión fueron aquellos pacientes con diagnóstico reciente de HTA o hipertensos conocidos, y los de exclusión, paciente que no estuvo de acuerdo en participar en el estudio, personas con cambio temporal de domicilio, personas con discapacidades físicas o intelectuales, que les dificultaría responder algunas preguntas.

Técnicas utilizadas:

Recogida de la información: se obtuvo la información necesaria a partir de las historias clínicas familiares e individuales en los consultorios médicos.

Prueba Chi-cuadrado de independencia para determinar la asociación entre las variables con un nivel de confianza de 95 % y de significación $p < 0,05$.

El procesamiento estadístico se realizó con el software SPSS V15.0 para Windows.

La investigación respetó la confidencialidad de la información obtenida, que se empleará solo para fines científicos. Se observaron los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia. El estudio da salida a un proyecto de investigación, aprobado por el Consejo Científico de la institución. Se realizó según los principios de la Declaración de Helsinki.



RESULTADOS

De acuerdo con las variables demográficas investigadas (tabla 1), se apreció un mayor número de pacientes del sexo femenino (338). El grupo etario más afectado fue el de 50 a 59 años, con 221 pacientes de ambos sexos, lo cual representa el 35,41 % del total analizado. Hubo un discreto predominio del sexo femenino dentro de este grupo etario, con 119 pacientes, que constituyeron el 35,20 % dentro de este grupo. Seguidamente se encontraron 179 pacientes pertenecientes al grupo de 60 a 69 años, para un 28,68 %. No hubo diferencias significativas en cuanto al sexo en este grupo. El grupo etario con menos pacientes hipertensos fue el de 20-29 años. No hay pacientes menores de 20 años, por lo que no se reflejan en el estudio.

Tabla 1. Distribución de pacientes hipertensos según edad y sexo

Edad (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	1	0,29	3	1,04	4	0,64
30 -39	8	2,36	12	4,19	20	3,20
40 -49	53	15,68	51	17,84	104	16,66
50-59	119	35,20	102	35,66	221	35,41
60-69	92	27,21	87	30,41	179	28,68
70-79	51	15,08	20	6,99	71	11,37
>80	14	4,14	11	3,84	25	4,01
Total	338	54,2	286	45,8	624	99,99

Según el nivel educacional, la HTA predominó en pacientes de nivel medio superior, con 241 pacientes, quienes representan el 38,62 %. Le siguen los pacientes de nivel medio, con 222 pacientes, que constituyen el 35,57 %. A continuación, los pacientes de nivel superior (130, y un 20,83 % del total). Por último, 31 pacientes de nivel educacional primario, para un 4,96 %. En cuanto al sexo, predominaron las féminas con nivel educacional medio y un 135 pacientes, que significan el 39,94 %. (Tabla 2)



Tabla 2. Distribución de pacientes según nivel educacional y sexo

Sexo	Nivel educacional							
	Primaria		Medio		Medio superior		Superior	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Femenino	21	6,21	135	39,94	109	32,24	73	21,59
Masculino	10	3,49	87	30,41	132	46,15	57	19,93
Total	31	4,96	222	35,57	241	38,62	130	20,83

Al analizar la distribución de los pacientes según la ocupación, el primer lugar corresponde a la categoría de trabajadores, con 312 pacientes, que representan el 50 %. Seguidamente los cuentapropistas con 116 pacientes (18,58 %). Luego 102 jubilados (16,34 %), y las amas de casa con 78 pacientes, que constituyen el 12,5 %. Los últimos corresponden a los desocupados que son 12, y 4 estudiantes dentro de los pacientes estudiados.

En cuanto al nivel de adherencia, se encuentran 404 pacientes no adherentes al tratamiento, para un 64,74 % de la muestra estudiada. Solamente hay adheridos al tratamiento 220 pacientes, que representan el 35,25 %. La mayor cantidad de pacientes no adheridos al tratamiento corresponden a la categoría ocupacional de trabajadores (204), que representan el 50,49 %, seguidos de los jubilados (72), para un 17,82 %. Por último, se encuentran 68 cuentapropistas, que constituyen el 16,83 %. (Tabla 3)

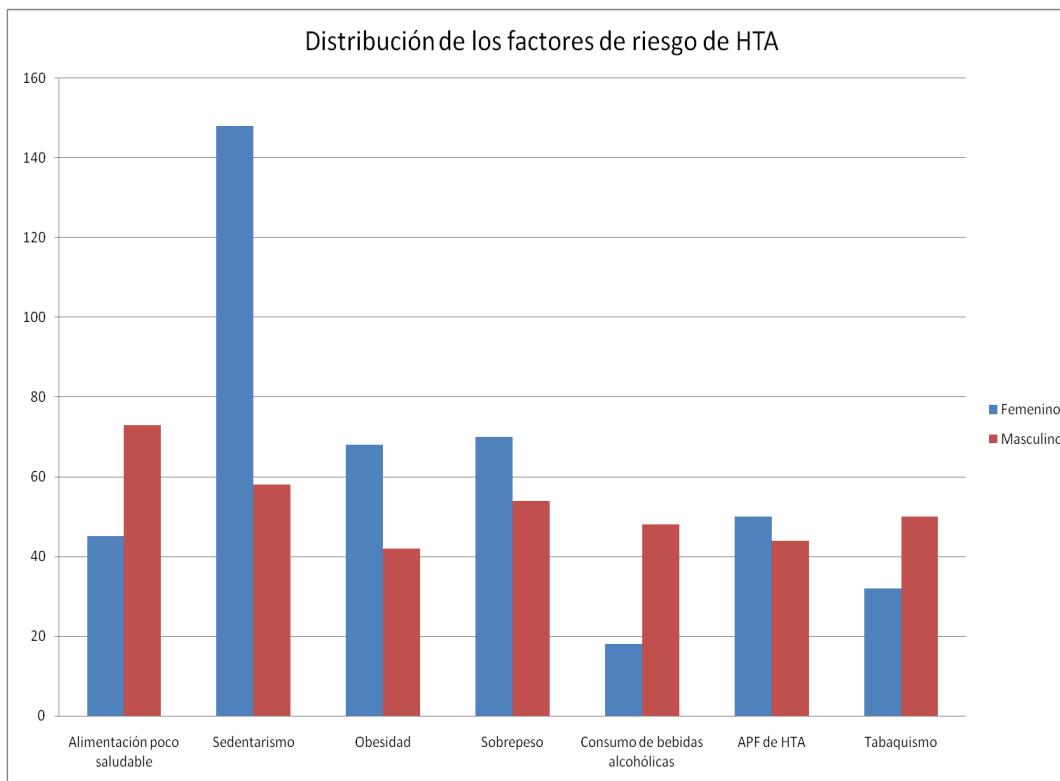
Tabla 3. Distribución de pacientes hipertensos según ocupación y la adherencia al tratamiento

Categoría	Adherente	%	No adherente	%
Estudiante	-	-	4	0,99
Trabajador	108	49,09	204	50,49
Cuentapropista	48	21,81	68	16,83
Desocupado	-	-	12	2,97
Ama de casa	34	15,45	44	10,89
Jubilado	30	13,63	72	17,82
Total	220	99,99	404	99,99



En el gráfico 1 se refleja los factores de riesgo y su relación con el sexo en los pacientes hipertensos estudiados. Todos los pacientes tienen al menos un factor de riesgo asociado a la HTA. El primer lugar correspondió al sedentarismo con 206 pacientes, 148 del sexo femenino y 58 del masculino. En segundo lugar, el sobrepeso, con 124 pacientes: 70 del femenino y 54 del masculino. Ocupó el tercer lugar la alimentación poco saludable, con 118 pacientes; pertenecen 45 al sexo femenino y 73 al masculino. A continuación, la obesidad con 110 pacientes, 68 del sexo femenino y 42 del masculino. Seguidamente, los antecedentes patológicos familiares de HTA, con 94 pacientes, 50 del sexo femenino y 44 del masculino. Por último, el tabaquismo y el consumo de bebidas alcohólicas con 82 y 66 pacientes respectivamente.

Hubo una asociación estadística significativa entre las variables sedentarismo en féminas y la HTA ($p = 0,001$). El factor de riesgo sobrepeso también predominó en el sexo femenino, con asociación estadística significativa ($p = 0,09$). La alimentación poco saludable tuvo asociación estadística significativa en el sexo masculino ($p = 0,012$). Al analizar factores de riesgo como la obesidad, los APF de HTA, el tabaquismo y el consumo de bebidas alcohólicas no hubo asociación estadística significativa entre estas variables y la HTA.



Gráf. 1. Distribución de los factores de riesgo de HTA.



Al analizar el perímetro abdominal y el sexo, según el resultado de la medición del perímetro abdominal, en el sexo masculino 132 pacientes tienen una medida aumentada para los valores de referencia normales, lo que representa un 46,15 %. En segundo lugar, 61 pacientes con una medición normal, para un 21,32 %. Por último, aparecen 93 pacientes con obesidad abdominal, que representan el 32,51 %. En el sexo femenino predominaron 128 pacientes con obesidad abdominal, seguidas de 118 pacientes con la medida aumentada (constituyendo el 37,86 % y 34,91 % respectivamente). Con valores normales dentro del sexo femenino hay 92 pacientes (27,21 %). (Tabla 4)

Tabla 4. Perímetro abdominal y sexo de los pacientes

Perímetro abdominal	Femenino		Masculino		Total	%
	Total	%	Total	%		
Normal	92	27,21	61	21,32	153	24,51
Aumentado	118	34,91	132	46,15	250	40,06
Obesidad abdominal	128	37,86	93	32,51	221	35,41
Total	338	99,99	286	99,99	624	99,99

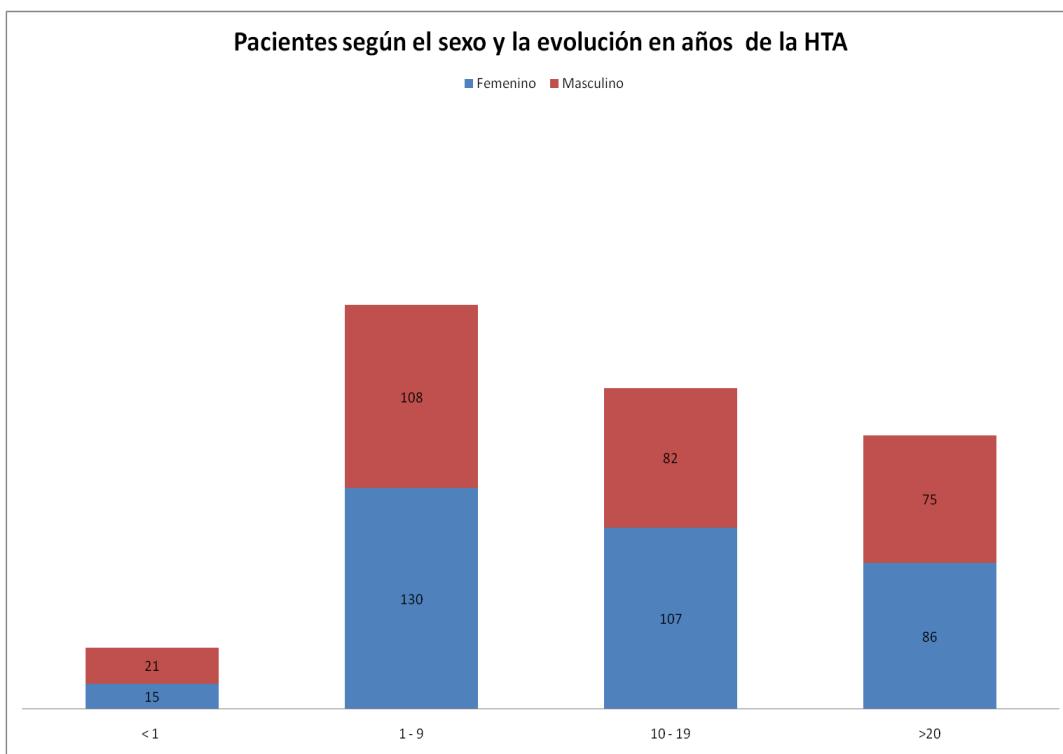
En la tabla 5 se observa el comportamiento de las variables color de la piel y sexo. El primer lugar lo ocuparon los pacientes de color de piel blanca (283 en total) representando el 45,35 % de toda la muestra estudiada. El segundo lugar correspondió al color de piel mestiza con 184 pacientes, para un 29,48 %. La menor cantidad de pacientes son los de color de piel negra (157, 25,16 %). Predominó el sexo femenino en las diferentes categorías según el color de la piel.

Tabla 5. Color de la piel de los pacientes hipertensos

Color de la piel	Sexo				Total			
	Femenino		Masculino					
	No.	%	No.	%				
Blanca	152	44,97	131	45,80	283	45,35		
Mestiza	99	29,28	85	29,72	184	29,48		
Negra	87	25,73	70	24,47	157	25,16		
Total	338	99,99	286	99,99	624	99,99		



La mayor cantidad de pacientes (238) tienen entre 1 y 9 años de evolución de la enfermedad, y 189 pacientes tienen entre 10 y 19. Por su parte, 161 pacientes tienen más de 20 años de evolución de la enfermedad. Por último, están ubicados 36 pacientes con menos de un año de declarados hipertensos. En cuanto al sexo, en todas las categorías predominó el femenino, excepto en el grupo de pacientes de menos de un año de evolución de la HTA, donde predominó el masculino. (Gráfico 2)



Gráf. 2. Pacientes según el sexo y la evolución en años de la HTA.

DISCUSIÓN

Muchos resultados de investigaciones han planteado el aumento de la PA en mujeres a partir de los 50 años. En el estudio realizado prevalecieron las mujeres hipertensas de más de 50 años de edad. Este resultado coincide con el estudio de Ochoa-González⁽¹³⁾ realizado en un área de salud del municipio Puerto Padre, provincia Las Tunas, donde del total de pacientes hipertensos, predominaron las mujeres mayores de 50 años. También coincide con el trabajo de Ximelis-Morales,⁽¹⁴⁾ donde también predominó del sexo femenino.

En cuanto a la edad, el grupo etario más afectado fue el de 50-59 años y predominaron las féminas. La menopausia aumenta la rigidez arterial relacionada a la edad, en la fase posmenopáusica temprana. Este aumento está



probablemente relacionado, al menos en la PA, al déficit estrogénico. No coincide con el estudio de Ximelis-Morales,⁽¹⁴⁾ que reportó como grupo etario más afectado el de 65-74 años. Discrepa también con el estudio de Aranda Canosa,⁽²⁾ en Ecuador, donde el grupo etario más afectado fue el de 60-64 años.

El nivel de escolaridad predominante en los pacientes estudiados fue el nivel medio (secundaria y obrero calificado). No coincide con el estudio de Ochoa-González,⁽¹³⁾ en Puerto Padre, quienes reportaron que el mayor número de pacientes tenían nivel medio superior (preuniversitario o técnico medio) y la mayoría eran trabajadores. Tampoco coincide con el estudio realizado por Revueltas-Agüero,⁽⁸⁾ donde el nivel primario predominó en los hipertensos estudiados.

En cuanto a la ocupación, la mayor parte de los pacientes son trabajadores, lo cual coincide con lo reportado por Ochoa-González.⁽¹³⁾

Al realizar un análisis de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, se evidencia que el 64,74 % de los pacientes no estaba adherido al tratamiento. Dentro del total de pacientes no adheridos al tratamiento, el mayor porcentaje (50,49) son trabajadores. En el estudio de Ochoa-González⁽¹³⁾ prevaleció la no adherencia al tratamiento antihipertensivo (69,8 %).

Los resultados de adherencia al tratamiento coinciden con lo descrito por González-López⁽¹⁵⁾ y también con lo reportado por Djibrilla Siddikatou et al.⁽¹⁶⁾ en su estudio en Camerún, donde el 65,10 % de los pacientes no está adheridos al tratamiento. Los autores del presente estudio piensan que los pacientes trabajadores no están adheridos al tratamiento porque muchos refirieron temor a los efectos secundarios de la medicación y su posible influencia en el rendimiento laboral.

La adherencia al tratamiento resulta ser un comportamiento de autocuidado, determinado por una serie de variables que le dan un carácter holístico, por lo que hay que motivar al paciente a que sea adherente.

El tratamiento de la HTA es uno de los problemas clínicos más comunes con que están responsabilizados los médicos. Sin embargo, se calcula que solo uno de cada cuatro pacientes hipertensos conocidos tiene su PA bien controlada. Las investigaciones sobre adherencia al tratamiento e HTA tienen resultados poco alentadores. A criterio de los autores, si hay más nivel educacional en la población, esto permitiría un control óptimo de la PA en los pacientes, debido a una mejor comprensión de la prescripción médica y sobre todo la importancia de fomentar estilos de vida saludables.

Dentro de los factores de riesgo de la HTA analizados, ocupó el primer lugar el sedentarismo, seguido del sobrepeso y de la alimentación poco saludable. El sedentarismo es un factor de riesgo modificable, pues multiplica la morbilidad para enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Este



hallazgo corresponde con lo planteado por Loyola-Cabrera⁽⁴⁾ en su investigación desarrollada en el municipio Baraguá, provincia de Ciego de Ávila.

Sin embargo, no coincide con la investigación de Ochoa-González,⁽¹³⁾ donde el primer lugar de los factores de riesgo correspondió al estrés. Tampoco concuerda con la investigación realizada por Kaitenge-Kibonge et al.⁽¹⁷⁾ en la República Democrática del Congo, quienes reportaron el sobrepeso y el estrés laboral en los primeros lugares. También diverge con el trabajo de Lago Carballea⁽¹⁸⁾ en Pinar del Río, donde se describe que el tabaquismo dominó dentro de los factores de riesgo.

La asociación de sobrepeso y obesidad está muy bien documentada en la literatura científica. Se destaca para explicar la prevalencia de HTA en personas con obesidad abdominal la teoría de una mayor circulación de angiotensinógeno proveniente de los adipocitos intraabdominales.

En este estudio, el cálculo del perímetro abdominal arrojó que predominó la obesidad abdominal en las mujeres, mientras los pacientes del sexo masculino tenían esta medida aumentada. Este hallazgo coincide con el estudio realizado en un policlínico de Santiago de Cuba, donde la mayoría de los hombres tenían aumentada esta medida y las mujeres tenían obesidad abdominal.⁽¹⁴⁾

Es sabido que el aumento de la grasa abdominal se asocia a peores consecuencias metabólicas y a la HTA, pero el mecanismo no es conocido. Hay estudios que investigan la relación entre el comportamiento del tejido adiposo y las respuestas del eje simpático-adrenérgico. Se asocia la obesidad abdominal con una exagerada reactividad cardiovascular.

Es importante el uso del valor del perímetro abdominal como expresión de obesidad abdominal, ya que el índice de masa corporal no permite distinguir si el sobrepeso es debido a la adiposidad o al desarrollo muscular en individuos atléticos.⁽¹⁴⁾

En el estudio en cuestión prevaleció el color de piel blanca en los pacientes hipertensos estudiados. Este hallazgo coincide con los resultados obtenidos por González-López⁽¹⁵⁾ en un área de salud de Santa Clara. También concuerda con el estudio de Copello Millares⁽¹⁹⁾ en Holguín, quienes describieron un predominio de hipertensos con color de piel blanca. No coincide con Revueltas-Agüero,⁽⁸⁾ donde fue mayor la cantidad de hipertensos con color de piel negra. Se puede explicar el predominio de hipertensos con color de piel blanca por la composición de la población en el área estudiada.

Al analizar el tiempo de evolución de la enfermedad, se constató que el mayor número de pacientes está ubicado en el período de 1 y 9 años de evolución de la HTA. No coincide con el trabajo de Ochoa-González,⁽¹³⁾ donde el mayor porcentaje de pacientes tiene más de 15 años de evolución de la enfermedad.



La investigación realizada tiene como limitante que en la población objeto de estudio no se indagaron otros factores de riesgo de HTA, como los niveles de glucosa y lípidos en la sangre. A pesar de ello, los resultados constituyen un recurso para continuar realizando programas de intervención comunitaria, con el apoyo de otros organismos, por ejemplo el Instituto de Medicina Deportiva, ubicado en el área de salud del estudio. Estos programas permitirán modificar factores de riesgo de la HTA, como el sedentarismo y el sobrepeso, como eje central en la prevención de esta enfermedad crónica no trasmisible, principalmente en pacientes del sexo femenino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arana-Morales G, Medina-Palomino F. Frecuencia de hipertensión arterial resistente en pacientes atendidos en establecimientos de una red asistencial en Perú. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2024 [citado 01/04/2025];31(1):31-8. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332024000100031&lng=en
2. Aranda-Canosa S, Batista-Pereda Y, Caicedo-Quiroz R, et al. Pesquisa activa de hipertensión arterial en una población de Durán. Eur Public Soc Innov Rev. 2024;9:1-14. DOI: 10.31637/epsir-2024-1781.
3. Gil-Amézquita DF, Flórez-Flórez ML, Díaz-Heredia LP. Factores de la adherencia terapéutica y uso de tecnologías de la información en pacientes hipertensos. Hacia Promoc Salud [Internet]. 2024 [citado 13/04/2025];29(1):30-45. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772024000100030&lng=en
4. Loyola-Cabrera O, Zúñiga-Leiva I, Ramírez-Leyva E, et al. Factores de riesgo de hipertensión arterial en un consultorio médico de familia. Mediciego [Internet]. 2021 [citado 04/05/2025];27(1):e1638. Disponible en:
<https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1638>
5. Jiménez-López M, Hidalgo-Mesa CM, Barreto-Fiu EE, et al. Prevención de la hipertensión arterial desde un modelo predictivo y nomograma de riesgo. Medicentro Electrón [Internet]. 2025 [citado 13/04/2025];29:e4314. Disponible en:
<http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/4314>



6. León-Regal ML, González-Otero LH, Morffi-Crespo A, et al. Relaciones fisiopatológicas entre la hiperreactividad cardiovascular, la obesidad y el sedentarismo. *Rev Finlay* [Internet]. 2022 [citado 13/09/2023];12(1):77-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000100077&lng=es
7. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2023 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2024 [citado 13/04/2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-02/anuario-estadistico-salud-2023-ed-2024.pdf>
8. Revueltas-Agüero M, Molina-Esquível E, Suárez-Medina R, et al. La hipertensión arterial en Cuba según la Encuesta Nacional de Salud 2018-2019. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2022 [citado 15/09/2023];26:e9239. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9239>
9. Ministerio de Salud Pública. Guía para la implementación del Programa de control de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023 [citado 13/04/2025]. Disponible en: https://instituciones.sld.cu/fcme/files/2024/05/guia_implementacion_programa_hipertension_arterial-1.pdf
10. Montero-Jimeno AJ, García-Güell A, Negret-Hernández M, et al. Caracterización del dolor torácico agudo en pacientes del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2021 [citado 05/06/2022];43(6). Disponible en: <http://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4277>
11. González-Consuegra JA, Rodríguez-Carrero Y, Madrigal Castro N, et al. Caracterización del alcoholismo en un área de salud [Internet]. Las Tunas: I Jornada Científica Virtual de Salud Pública “TunaSalud2024”; 2024 [citado 13/04/2025]. Disponible en: <https://eventossaludpublica.sld.cu/index.php/sp/2024/paper/download/40/95>
12. Lescay-Rodríguez Y, García-Pérez K, Mérida-Bravo G, et al. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes alcohólicos en el Policlínico Docente Mario Muñoz Monroy. Maestro Soc [Internet]. 2023 [citado 13/04/2025]:276-84. Disponible en: <https://maestroysociedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/6063>



13. Ochoa-González Y, Peña-García Y, Mola Vega J. Characterization of patients with uncontrolled Arterial Hypertension in relation to adherence to treatment. Rev Finlay [Internet]. 2022 [citado 12/04/2025];12(3):285-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000300285&lng=es
14. Ximelis-Morales AA, Queralta-Mazar V, Ferrer-Ramírez M, et al. Valores del perímetro abdominal e índice cintura-cadera en pacientes con hipertensión arterial. MEDISAN [Internet]. 2023 [citado 18/03/2025];27(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192023000500006&lng=es
15. González-López D, Cairo-Sáez G, Méndez-Gálvez L, et al. Estratificación del riesgo cardiovascular global y control de adultos hipertensos en la atención primaria de salud. CorSalud [Internet]. 2021 [citado 14/09/2023];13(3):282-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702021000300282
16. Siddikatou D, Djomou N, Kafack F, et al. Prevalence and Associated Factors of High Blood Pressure in a Cameroonian Community. Health Sci Dis [Internet]. 2024 [citado 04/01/2025];25(2) Suppl 1. Disponible en: <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/5302>
17. Kaitenge-Kibonge J, Kasongo-Wa Mbayo A, Kime-Ntumba G, et al. Prévalence de l'hypertension artérielle en Milieu Professionnel Hospitalier: Cas de l'Hôpital Général de Référence de Kamina en République Démocratique du Congo. Health Sci Dis. 2023;24(7). DOI: 10.5281/hsd.v24i7.4588.
18. Lago-Carballal O, Martínez-Cruz M, Ferreiro Corrales JL, et al. Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en la población de la provincia de Pinar del Río. Univ Méd Pinareña [Internet]. 2022 [citado 19/04/2025];18(4):e917. Disponible en: <http://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/917>
19. Copello-Millares M, Santiago-Martínez Y, Bermúdez-Aguilera Y. Factores de riesgo de la hipertensión arterial en ancianos. CCM [Internet]. 2023 [citado 17/09/2023];27(2). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4750>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.



Contribución de autoría

Alberto de Jesús Montero-Jimeno: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, visualización y redacción del borrador original.

Daymi Vega-Martínez: *software*.

Liosvany Cabrera-Espinosa: análisis formal y supervisión.

Elaine Rodríguez-Benítez: metodología, visualización y redacción del borrador original.

Marisol Negret-Hernández: metodología, visualización y redacción del borrador original.

