Artículos originales

Riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos del Policlínico Héroes de Girón en provincia La Habana

Cardiovascular Risk in Hypertensive Patients at the Heroes de Girón Polyclinic in Havana Province

Marilyn Hernández Sánchez[1] Addys Díaz Piñera[2] Mayté Más Gómez[1] Rosa María Pérez García[2] Niobis Cabrera Valdés[1]

[1] Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba
[2] Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Hernández-Sánchez M, Díaz-Piñera A, Más-Gómez M, Pérez-García R, Cabrera-Valdés N. Riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos del Policlínico Héroes de Girón en provincia La Habana. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Nov 23]; 16(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1589

Resumen

Fundamento: el riesgo cardiovascular global como probabilidad de tener un evento cardiovascular está determinado por el efecto combinado de los factores de riesgo. Así, una persona con la misma presión arterial que otra, puede tener 10 veces más riesgo en dependencia de la presencia o ausencia de otros factores de riesgo.
Objetivo: determinar el riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Héroes de Girón en el año 2022.
Método: se realizó un estudio descriptivo y transversal en el año 2022, de las 7 467 personas mayores de 35 años dispensarizadas como hipertensas, se estudiaron 363 personas, seleccionadas por medio de un muestreo equiprobabilístico por conglomerado bietápico. Se les aplicó un cuestionario previo y consentimiento informado y se estudiaron variables sociodemográficas, comorbilidades y factores de riesgo. Los datos fueron resumidos mediante cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes, media aritmética, intervalos de confianza de 95 %, desviación estándar y distribución de percentiles.
Resultados: el 87,4 % de los encuestados eran mayores de 55 años, con predominio de las mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron: la obesidad, la diabetes mellitus y la hipercolesterolemia. El 88,7 % pertenecían al Grado I de hipertensión arterial y el 50,4 % al grupo de riesgo moderado de enfermedades cardiovasculares. Según el test de Morisky Green Levine el 60,0 % de las personas estaban adheridas al tratamiento y el 58,4 % controladas.
Conclusiones: predominó el Grado I de hipertensión arterial y por las comorbilidades asociadas predominaron los pacientes con riesgo moderado de enfermedades cardiovasculares. Se demuestra no adherencia al tratamiento lo cual evidencia una baja percepción de riesgo en los pacientes.

Palabras clave: hipertensión arterial, riesgo cardiovascular, adherencia al tratamiento

Abstract

Foundation: overall cardiovascular risk, defined as the probability of experiencing a cardiovascular event, is determined by the combined effect of risk factors. Thus, a person with the same blood pressure as another may have a 10 times greater risk depending on the presence or absence of other risk factors.
Objective: to determine the cardiovascular risk in patients with hypertension at the Heroes de Girón Polyclinic in 2022.
Method: a descriptive, cross-sectional study was conducted in 2022. Of the 7,467 individuals over 35 years of age registered as hypertensive, 363 individuals were studied, selected using a two-stage cluster sampling method. Participants completed a questionnaire and obtained informed consent. Sociodemographic variables, comorbidities, and risk factors were analyzed. Data were summarized by calculating absolute frequencies and percentages, arithmetic mean, 95 % confidence intervals, standard deviation, and percentile distribution.
Results: 87.4 % of respondents were over 55 years old, with a predominance of women. The most frequent comorbidities were obesity, diabetes mellitus, and hypercholesterolemia. 88.7 % had Stage I hypertension, and 50.4 % were in the moderate risk group for cardiovascular disease. According to the Morisky-Green-Levine test, 60.0 % of individuals were adherent to their treatment, and 58.4 % had their blood pressure controlled.
Conclusions: stage I hypertension was predominant, and due to the associated comorbidities, patients with a moderate risk of cardiovascular disease predominated. The study demonstrated poor adherence to treatment, which indicates a low perception of risk among patients.

Key words: high blood pressure, cardiovascular risk, treatment adherence

Recibido: 2025-08-11 11:41:09
Aprobado: 2025-09-19 13:44:49

Correspondencia: Marilyn Hernández Sánchez. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. marilynhernandezsanchez799@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV) es un problema de Salud Pública a nivel mundial. La detección y control de los factores de riesgos cardiovasculares (FRCV) tales como: la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), la obesidad, la dislipidemia y el tabaquismo, entre otros, constituyen estrategias fundamentales para prevenirlas.[1]

El riesgo cardiovascular (RCV) global como probabilidad de tener un evento cardiovascular en un período definido, está determinado por el efecto combinado de los factores de riesgo, así, una persona con la misma presión arterial que otra, puede tener 10 veces más riesgo en dependencia de la presencia o ausencia de otros factores. La estimación del riesgo cardiovascular de una persona no es posible realizarla al sumar los factores de riesgo, dado su efecto multiplicativo.[2]

Existen múltiples modelos computarizados para la evaluación del RCV, el primer algoritmo que se propuso para su estimación surgió en 1991, con el estudio *Framingham* que consideró varios factores de riesgo como: la edad, el sexo, el colesterol total, el colesterol HDL, la presión arterial y el tabaquismo. Predice el riesgo absoluto de padecer una enfermedad cardiovascular a 10 años, entre las que destacan, infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria y muerte por enfermedad cardiovascular. Debido a las limitaciones que presenta el algoritmo *Framingham* para estimar de manera correcta el riesgo cardiovascular en diversas poblaciones, este algoritmo fue calibrado, con la finalidad de disponer de una tabla de estimación fiable.[3]

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló una aplicación para el cálculo del riesgo cardiovascular, basada en el formulario que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone para la estimación del RCV en América Latina (2007), este puntaje constituye una adaptación a la región sobre la base del estudio *Framingham*. La interpretación de estos valores predice la incidencia de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en los siguientes 10 años, de manera tal, que si el riesgo cardiovascular es de 40 % indica que de 100 personas en esa situación 4 tendrán eventos anualmente y 40 en los siguientes 10 años, si se tiene en consideración que el riesgo es de 1 %, equivaldría a que, de 100 personas con los mismos factores de riesgo, desarrollará una enfermedad cada año, lo que alcanza así 10 personas en una década.[4]

La relación de presión arterial y riesgo de eventos de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo.[5] Cuanta más alta es la presión arterial, mayor es la posibilidad de infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ictus y enfermedad renal. La necesidad de disminuir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es el principal motivo para enfocar el problema del control de la hipertensión arterial desde un punto de vista integral y no solo centrado en las cifras de presión arterial como la principal variable para decidir la necesidad y el tipo de tratamiento.[5]

La estrategia terapéutica debe tener en cuenta el riesgo cardiovascular total, además de los niveles de presión arterial, para maximizar la relación costo-efectividad en el tratamiento de la hipertensión arterial. La prevención de las enfermedades cardiovasculares en el paciente hipertenso debe adaptarse a su riesgo cardiovascular total, cuanto mayor es el riesgo, más intensamente debe aplicarse la estrategia para controlarlo y disminuirlo.[4]

Cuba, en el año 2022 presentó una prevalencia de HTA de 228,5 x 1000 habitantes, por sexo la mayor afectación estuvo en el femenino con 246,8 x 1000 habitantes según grupos de edades, el de 60 a 64 años tuvo una tasa de 756,2 por 1000 habitantes.[6]

El municipio Cerro presenta una prevalencia de HTA de 17,3 % y el Policlínico Héroes de Girón la supera con un 22,5 %. Según el Análisis de la Situación de Salud del policlínico del año 2021, las enfermedades cardiovasculares se encontraban entre las primeras causas de muerte reportadas, seguidas por las enfermedades cerebrovasculares con 233 pacientes. Entre los factores de riesgo que favorecen la HTA sobresale el hábito de fumar practicado por 1 758 personas y el consumo de bebidas alcohólicas por 993. Durante el 2021 en relación al 2020 se incrementó el número de atenciones médicas por esta causa y por las complicaciones derivadas de un mal control.

Teniendo en cuenta estos resultados, constituye una necesidad, continuar realizando investigaciones para determinar el riesgo

cardiovascular, teniendo en cuenta la importancia de la HTA como factor de riesgo en la génesis de enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue: determinar el riesgo cardiovascular global en pacientes hipertensos del Policlínico Héroes de Girón en el año 2022.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en una muestra de pacientes hipertensos pertenecientes al Policlínico Héroes de Girón del municipio Cerro, provincia La Habana, durante el período comprendido de enero a diciembre del 2022.

El universo estuvo constituido por 7 467 personas dispensarizadas como hipertensas del grupo de 35 años y más. Se utilizó un muestreo por conglomerados bietápico, de los 28 consultorios del Policlínico se escogieron 14 con probabilidades de selección proporcionales al tamaño de su población dispensarizada como hipertensa, para obtener las unidades de segunda etapa (USE) se seleccionaron los pacientes por muestreo simple aleatorio (MSA) se realizó una lista nominal de las historias de salud familiar.

El muestreo incluyó un 10 % por posible caída de muestra en el momento en que se aplicara el cuestionario, lo que puede obedecer a que el paciente se hubiese mudado, fallecido, negado a participar en el estudio o se encontraba fuera del país. La muestra quedó conformada por 366 personas y se lograron encuestar a 363. Para esta selección se utilizó el Paquete de Programas EPIDAT, versión 3.0.

Una vez identificada la muestra, el investigador solicitó a cada uno de estas personas su consentimiento o para formar parte de la investigación. Luego se procedió a la aplicación de un cuestionario para dar salida a los objetivos del trabajo, el cual ha sido utilizado en investigaciones anteriores. El cuestionario estaba conformado por preguntas abiertas y cerradas y se garantizó la confidencialidad de la información.

Se le realizaron tres mediciones de presión arterial (PA), al inicio de la aplicación del instrumento, en el intermedio y al finalizar, para lo cual se tuvo en cuenta las recomendaciones internacionales y la Guía para el Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial establecido en Cuba.[7]

Se desechó la primera medición y se promediaron las otras dos las que se utilizaron para determinar el control del paciente. Para medir la adherencia se utilizó el test de Morisky-Green y Levine (MGL) en relación al tratamiento medicamentoso en los 30 días previos a la aplicación del instrumento. Este test se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades crónicas cuyo objetivo es medir la adherencia al tratamiento farmacológico. Validado en su versión española con un Alpha de Cronbach de 0.6 lo cual representa una baja sensibilidad, aunque una adecuada especificidad y valor predictivo positivo siempre que se logre que el paciente exprese la verdad sobre la medicación. Fue utilizado como método más práctico, ágil e idóneo para valorar el cumplimiento terapéutico lo más cercano a la realidad y no se combinó con otros test validados para evitar extender el cuestionario a los pacientes estudiados teniendo en cuenta el alto porcentaje de adultos mayores de la muestra.[8]

El test consiste en cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento farmacológico. Se pretendió valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor (no adherente) y cumplidor si se responde de forma correcta las cuatro preguntas.[9]

Control de la presión arterial

Fueron clasificados como

- Prehipertensos: PAS 120-139, PAD 80-89 mmHg.
- Hipertensión Grado I: PAS 140-159, PAD 90-99 mmHg.
- Hipertensión Grado II: PAS 160-179, PAD 100-109 mmHg.
- Hipertensión Grado III: PAS 180 mmHg o más, PAD 110 mmHg o más.[7]

Para cumplir los propósitos de la investigación se utilizaron las siguientes variables de estudio:

- Variables socio-demográficas: edad, sexo, color de la piel, factores de riesgo y antecedentes patológicos personales.
- Variables relacionadas con la adherencia y control de la hipertensión.

Para estimar el riesgo cardiovascular, es

importante precisar que existen múltiples modelos computarizados para su evaluación como el de *Framinhgan*, el de la OMS y el europeo SCORE los cuales se basan en grandes estudios de cohorte y estiman el riesgo de muerte por ECV en 10 años según la combinación de algunas variables como: sexo, edad, colesterol total, consumo de tabaco, PAS, diabetes mellitus.

Todas las guías y modelos tienen limitaciones ya que dependen de la pericia del médico en la búsqueda de daño orgánico en ocasiones subclínicos y de la disponibilidad de recursos.[3] En Cuba no existen grandes estudios de cohorte para evaluar la influencia de un determinado factor de riesgo cardiovascular en la mortalidad por esta causa, se utiliza una modificación de los modelos anteriores teniendo en cuenta la PA, los FRC, el daño orgánico asintomático o lesión en órgano diana y la presencia o no de diabetes mellitus por lo que se estratifica de la siguiente manera:

- Riesgo muy Alto: Grado III de hipertensión arterial con uno o dos factores de riesgo o tres o más factores de riesgo o daño en órgano diana o diabetes mellitus.
- Riesgo Alto: a partir de Grado I de hipertensión arterial con tres o más factores de riesgo cardiovascular o lesión en órgano diana o diabetes mellitus.
- Riesgo Moderado: paciente con Grado I o II de hipertensión arterial con uno o dos factores de riesgo cardiovascular.
- Riesgo Bajo: Grado I de hipertensión arterial sin factores de riesgo adicionales.[7]

Los datos fueron resumidos mediante cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes, media aritmética, intervalos de confianza de 95 %, desviación estándar y distribución de percentiles.

A los participantes en la investigación se les solicitó su consentimiento informado por escrito luego de explicarles en qué consistía el estudio. Se les pidió que su respuesta fuera lo más sincera posible. Estas personas no recibieron ningún beneficio personal por su participación, ni estuvieron expuestas a ningún riesgo. Toda la información recogida en el cuestionario fue absolutamente confidencial y solo se utilizó con fines docentes e investigativos.

La investigación se realizó siguiendo lo establecido en los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki y revisiones posteriores.[10]

RESULTADOS

La prevalencia de hipertensos se incrementó con la edad, a partir de los 45 hasta los 84 años. El 87,4 % tenía más de 55 años. La edad promedio de la muestra fue 68 años con IC 95 % (67 a 69), fue la edad mínima de 39 y máxima de 95 años: según la distribución de percentiles la edad mediana coincidió con la media; el P75 fue de 77 años. En todos los grupos hubo predominio del sexo femenino, la distribución de la muestra fue 63,4 % féminas con intervalos de confianza (IC) del 95 % que oscilaban entre (58,4 – 68,3) y masculino 36,6 % e IC (31,7 – 41,6). (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de las personas hipertensas estudiadas

Variables	Clasificación	Sexo				Total (n= 363)	%
		M (n = 33)	%	F (n = 230)	%		
Grupos de edades	35-44	2	1,5	6	2,6	**8**	**2,2**
	45-54	14	10,5	24	10,4	**38**	**10,5**
	55-64	35	26,3	66	28,7	**101**	**27,8**
	65-74	41	30,8	58	25,2	**99**	**27,3**
	75-84	31	23,3	52	22,6	**83**	**22,9**
	85 y más	10	7,5	24	10,4	**34**	**9,4**
Color de la piel	Blanco (a)	75	56,4	108	47,0	**183**	**50,4**
	Mestizo (a)	37	27,8	73	31,7	**110**	**30,3**
	Negro (a)	21	15,8	49	21,3	**70**	**19,3**

Se muestra la clasificación de los pacientes según el grado de hipertensión arterial en los cuáles, predominó el Grado I con 322 pacientes con un 88,7 % con IC95 % de (85,4 – 92,0), lo cual puede estar relacionado con la pesquisa activa que se realiza por el Equipo Básico de Salud (EBS) en la Atención Primaria detectándose casos en ocasiones asintomáticos. El sexo femenino tenía en Grado I el 90,9 % con IC (87,1 – 94,6) que pudiera deberse a que las mujeres acuden con más frecuencia al médico, incluso, como compañía de otros familiares y están más atentas a los mensajes educativos para la salud, también muchas son amas de casas y se encuentran asequibles al personal de salud durante sus visitas de terreno, son más disciplinadas con el tratamiento y control de factores de riesgo. El promedio de presión arterial sistólica (PAS) de la muestra total fue 139,8 mmHg con IC 95 % (138,1-141,5) y desviación estándar (DE) 16,2mmHg; según la distribución de percentiles el 75 % de la muestra tenía cifras de hasta 152,4 mmHg. Relativo al sexo, el femenino mostró media de PAS de 139 mmHg e IC (137,2-141,2 con (DE) 15,5 mmHg, constatándose en el 75 %; (P_{75}); de las féminas valores de hasta 152.1mmHg; en los hombres fueron ligeramente más elevados, la PAS promedio fue 140,9mmHg con IC95 % (137,9-143,8) y (DE) 17,3mmHg y en el percentil 75; (P_{75}); se encontraron cifras de presión arterial sistólica de 153mmHg o menos. Concerniente a la presión arterial diastólica (PAD) el promedio de la muestra fue 81,2mmHg, IC95 % (80,3-82,1) y (DE) 8,7mmHg; en las mujeres fueron ligeramente menores, presentó una media de 80,7mmHg, IC95 % (79,6-81,9) y (DE) 8,6mmHg, superado por los hombres con valor medio de 82mmHG, IC95 % (80,4-83,5) y desviación estándar de 8,8mmHg. En cuanto a los percentiles en el 75 % de la muestra total se encontraron resultados de hasta 86,8mmHg y según sexo los valores de 86,5 o menos y 87,5mmHg en mujeres y hombres respectivamente. (Tabla 2).

Tabla 2. Pacientes según grado de hipertensión arterial y sexo

Grado de hipertensión arterial	Sexo				Total (n=363)	
	Masculino (n=133)		Femenino (n=230)			
	No	% (IC95 %)	No	% (IC95 %)	No	% (IC95 %)
Grado I	113	85,0 (78,8 – 91,1)	209	90,9 (87,1 – 94,6)	**322**	**88,7 (85,4 – 92,0)**
Grado II	18	13,5 (7,6 – 19,4)	18	7,8 (4,3 – 11,3)	**36**	**9,9 (6.8 – 13,0)**
Grado III	2	1,5 (0,6 – 3,6)	3	1,3 (0,2 – 1,8)	**5**	**1,4 (0,2 – 2,6)**

Según los datos presentados en este estudio el 24,8 % de los encuestados manifestaron ser fumadores, fueron los hombres los que más practicaban este hábito en un 32,3 %. El 17,1 % refirió consumir alcohol al menos una vez al año y el 7,4 % expresó que lo consumían con relativa frecuencia (semanal y diaria). Solo el 2,8 % presentó una conducta riesgosa (consumo diario), fue el sexo masculino, en sentido general, el que más consume. Con respecto al ejercicio físico, se obtuvo que el 51,0 % de estas personas no realizaban, fueron las mujeres las que menos lo practicaban, sin embargo, el 10,5 % lo hacía con una frecuencia diaria y entre 2 y 3 veces por semana, fueron los hombres los que predominaron. En la entrevista realizada a estas personas se indagó sobre los antecedentes patológicos personales, el 36,9 % refirió no habérsele diagnosticado otra enfermedad además de la hipertensión. Como comorbilidades

más prevalentes estuvieron la diabetes mellitus 22,9 % seguido de la hipercolesterolemia con un 17,6 % y la obesidad/sobrepeso con 15,4 %, fueron las mujeres las que más sufrían hipercolesterolemia y sobrepeso no así en la diabetes mellitus que predominaron los hombres. (Tabla 3).

Tabla 3. Factores de riesgos y comorbilidades de las personas hipertensas

Variables	Categorías	Sexo				Total (n= 363)	%
		M (n = 133)	%	F (n=230)	%		
Consumo de tabaco	Sí	43	32,3	47	20,4	**90**	**24,8**
	No	90	67,7	183	79,6	**273**	**75,2**
Consumo de alcohol	No consume	53	39,8	171	74,3	**224**	**61,7**
	Anual	30	22,6	32	13,9	**62**	**17,1**
	Mensual	34	25,6	18	7,8	**52**	**14,3**
	Semanal	10	7,5	7	3,0	**17**	**4,7**
	Diario	9	6,8	1	0,4	**10**	**2,8**
Ejercicio físico	No realizan	65	48,9	120	52,2	**185**	**51,0**
	Diario	13	9,8	25	10,9	**38**	**10,5**
	1 vez por semana	5	3,8	4	1,7	**9**	**2,5**
	2-3 veces por semana	15	11,3	23	10,0	**38**	**10,5**
	Más de 3 veces por semana	11	8,3	14	6,1	**25**	**6,9**
Comorbilidades	No le han diagnosticado nada	55	41,4	79	34,3	**134**	**36,9**
	Diabetes mellitus	32	24,1	51	22,2	**83**	**22,9**
	Hiper colesterolemia	22	16,5	42	18,3	**64**	**17,6**
	Obesidad /sobrepeso	14	10,5	42	18,3	**56**	**15,4**
	Enfermedad cerebro-vascular	11	8,3	7	3,0	**18**	**5,0**
	Infarto agudo de miocardio	3	2,3	11	4,8	**14**	**3,9**
	Insuficiencia renal crónica	3	2,3	5	2,2	**8**	**2,2**
	Insuficiencia cardíaca	2	1,5	3	1,3	**5**	**1,4**
	Retinopatía	3	2,3	2	0,9	**5**	**1,4**

A los 360 pacientes con indicación de tratamiento con fármacos, se le aplicó este test y se obtuvo que 216 personas (60 %) estaban adheridas al tratamiento, mientras que 144 no cumplían con la prescripción médica, para una brecha de tratamiento de 40 %. El 16,6 % (60 personas) tuvieron una respuesta inadecuada, 13,8 % (50 pacientes) dos de las preguntas, 3,0 % (11 personas) tres preguntas y 6,3 % (23 personas) cuatro. Las preguntas que presentaron

mayores incumplimientos fueron: olvida tomar los medicamentos 23,1 % y olvida tomarlos a la hora indicada 29,4 %. (Gráfico 1).

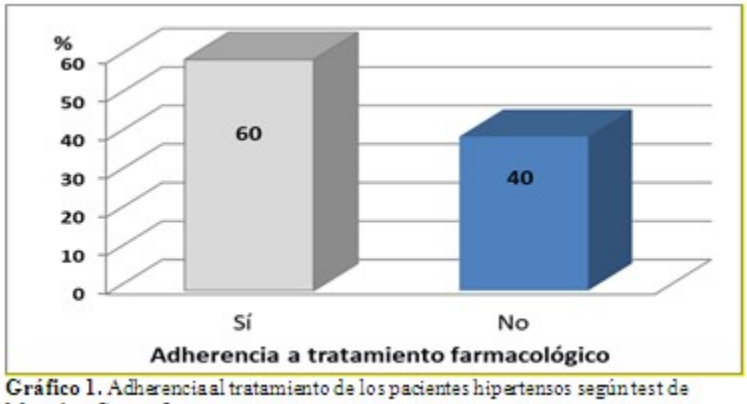

Gráfico 1. Adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos según test de Morisky- Green - Levine

Predominaron los pacientes hipertensos con un riesgo moderado de padecer enfermedades cardiovasculares con un 50,4 % principalmente del sexo femenino y entre los factores de riesgo cardiovasculares predominantes se encontraron 83 pacientes con diabetes mellitus para un 22,9 % seguido de 60 pacientes con hipercolesterolemia para un 17,6 %, con cardiopatía isquémica 34 para un 10,2 %. (Tabla 4).

Tabla 4. Clasificación del riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial

Riesgo cardiovascular	Sexo				Total	
	Masculino (n = 133)		Femenino (n = 230)			
	No	% (IC95 %)	No	% (IC95 %)	No	% (IC95 %)
Bajo	12	9,0 (4,1 – 14,0)	28	12,2 (7,6, -,16,0)	**40**	**11,0 (7,8 -14,3)**
Moderado	66	49,6 (41,0 – 58,2)	117	50,9 (44,4 – 57,4)	**183**	**50,4 (45,2 - 55,6)**
Alto	55	41,4 (32,9 – 49,8)	85	36,9 (30,7 – 43,2)	**140**	**38,6 (33,5 - 43,6)**

DISCUSIÓN

En relación al sexo, similares resultados se evidenciaron en la investigación de Soler Santana[11] en un estudio en Santiago de Cuba donde predominaron las féminas con un 68,3 %. Por su parte Rodríguez [12] y Martínez Murga,[13] encuentran predominio en el sexo masculino (52,4 % y 51,0 %). Existen aspectos fisiopatológicos que hacen diferente la expresión de la hipertensión arterial en la mujer, el 17-B estradiol tiene un efecto vasodilatador, antiproliferativo y antioxidante por efecto B –adrenérgico y de óxido nítrico en la mujer premenopáusica. Este efecto protector se pierde en la menopausia, asociado a un aumento en la resistencia vascular sistémica, lo que lleva a una presión del pulso más elevada y frecuencia cardíaca mayor (retorno rápido de la onda de pulso y menor período diastólico).[2]

Los resultados de Rodríguez Salvá y cols.[12] difieren de los de esta investigación, pues el mayor porcentaje de hipertensos se encuentra en los menores de 60 años, 66,8 %, mientras que en este estudio la prevalencia de HTA se incrementó en la medida que lo hizo la edad, más marcada en el grupo de 55 a 64 años. Coincide con el estudio de Gort Hernández y cols.[14] en Pinar del Río donde predominaron las edades de 60 y más años (57,4 %) y el sexo femenino (67,2 %). El aumento de la edad favorece el aumento de la HTA debido a los cambios que ocurren en el cuerpo humano, apoyados por los malos hábitos higiénicos y dietéticos más condiciones de vida inadecuada. Puede atribuirse a cambios estructurales y funcionales que se desarrollan en el aparato vascular; en ellos la resistencia periférica se incrementa y la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco, el volumen de eyección y el flujo renal son menores. [15]

Laborde Angulo y cols.[16] en un estudio similar detectó que la prevalencia de hipertensión arterial fue superior en mestizos, resultado que fue discordante con los de este estudio. Varios son los autores que refieren que el color de la piel no es un factor determinante en la aparición de la hipertensión arterial. Existe evidencia de que los individuos de color de piel negra sufren de complicaciones más graves, debutan en edades tempranas de la vida, tienen mayor susceptibilidad a la lesión en órganos diana, que además se establece precozmente.

Respecto al grado de hipertensión arterial, Cobas Planchez, en su estudio encuentra que el que más aporta a la hipertensión arterial es el Grupo II.[17]

Un estudio en pacientes hipertensos en Colombia[18] arroja que el 75 % realiza ejercicio físico de manera regular, luego de una intervención integral, lo que sugiere que los cambios en los estilos de vida de los individuos no se producen a corto plazo. La hipertensión arterial y el tabaquismo son factores de riesgo independientes para el desarrollo de eventos cardiovasculares. Su consumo determina una elevación aguda de la presión arterial por acción del sistema simpático.

Teniendo en cuenta las comorbilidades asociadas a la hipertensión arterial en un estudio que publica Rodríguez[12] encuentra similitud en las enfermedades que prevalecieron en este estudio, hipercolesterolemia 22,5 %, ansiedad/depresión 17,3 %, obesidad 15,5 % y diabetes mellitus 14,2 %. El control del riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos comienza con el diagnóstico de los factores de riesgo de forma individualizada, por lo que una dispensarización acertada con la identificación de todos los padecimientos que aquejan a las personas y otros estilos de vida asociados es muy importante para el control de la hipertensión. Valorar a los pacientes de forma integral garantiza el control no solo de sus niveles de presión arterial, sino además, por la presencia o ausencia de daño en órganos diana o de otros factores de riesgo como el tabaquismo, dislipidemias, diabetes y sedentarismo, que actúan de forma conjunta y aumentan la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, primeras causas de muerte en Cuba.[1]

Respecto a la adherencia al tratamiento, similares resultados encuentran Díaz Piñera y cols.[19] en la investigación en la que los pacientes hipertensos están adheridos en un 69,4 %. Rodríguez Salvá y cols.[12] describen que un 20,7 % son descuidados en el horario de toma los medicamentos y entre el 10 y el 11 % olvidan tomárselo o lo dejan de tomar, tanto si se sienten bien o mal siendo la adherencia terapéutica de 50,7 % inferior a la encontrada en este estudio.

Contrario a estos resultados, Baños Leyva y cols.[2] refieren que existe predominio de riesgo bajo con 98 individuos lo que representa el 93,3 % del total de la muestra. Las categorías de riesgo moderado, alto, muy alto y crítico representan en conjunto el 6,7 % del total de hipertensos.

Predominó en el estudio el Grado I de hipertensión arterial y por las comorbilidades asociadas prevalecieron los pacientes con riesgo moderado de enfermedades cardiovasculares. Se demostró no adherencia al tratamiento en una parte considerable de los hipertensos lo cual evidencia una baja percepción de riesgo en los pacientes.

Percentiles de la edad						
5	10	25	50	75	90	95
49	53	60	68	77	84	87

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Marilyn Hernández Sánchez, Niobis Cabrera Valdés.
2. Curación de datos: Marilyn Hernández Sánchez, Addys María Díaz Piñera.
3. Análisis formal: Marilyn Hernández Sánchez, Addys María Díaz Piñera.
4. Adquisición de fondos: Está investigación no contó con la adquisición de fondos.
5. Investigación: Marilyn Hernández Sánchez.
6. Metodología: Marilyn Hernández Sánchez, Rosa María Pérez García, Mayté Más Gómez.
7. Administración del proyecto: Niobis Cabrera Valdés.
8. Recursos: Marilyn Hernández Sánchez, Mayté Más Gómez.
9. Software: Rosa María Pérez García.
10. Supervisión: Marilyn Hernández Sánchez, Addys María Díaz Piñera, Mayté Más Gómez, Rosa María Pérez García.
11. Validación: Niobis Cabrera Valdés, Addys María Díaz Piñera, Rosa María Pérez García.
12. Visualización: Mayté Más Gómez.
13. Redacción del borrador original: Marilyn Hernández Sánchez, Addys María Díaz Piñera, Niobis Cabrera Valdés.
14. Redacción, revisión y edición: Marilyn Hernández Sánchez, Addys María Díaz Piñera, Niobis Cabrera Valdés, Rosa María Pérez García, Mayté Más Gómez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paramio A, Carrazana E, Hernández M, Rivero LG. Riesgo cardiovascular global y obesidad en pacientes del primer nivel de atención. Rev Haban Ciencias Med[Internet]. 2022[citado 9/8/2025];21(1):[aprox 5p.]. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/1804/180473621008/html/.

2. Baños L, León ML, Mass LA, Zamora J, Hernández JA, Colls J. Estimación del riesgo cardiovascular global en hipertensos de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Finlay[Internet]. 2023[citado 9/8/2025];13(1):[aprox. 15p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342023000100076&lng=es.

3. Boix C. Predicción de riesgo cardiovascular[Internet]. Barcelona:Universidad Autónoma de Barcelona;2025[citado 11/8/2025]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2025/318701/Boix_Carolina_TFG.pdf.

4. Organización Panamericana de la Salud. Las enfermedades no transmisibles[Internet]. Washington:OPS;2021[citado 11/3/2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles.

5. Poznyak AV, Sadykhov NK, Kartuesov AG, Borisov EE, Grechko AV, Melnichenko AA, et al. Hypertension as a risk factor for atherosclerosis: Cardiovascular risk assessment. Front Cardiovas Med. 2022;9(9):59285.

6. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2021[Internet]. La Habana: MINSAP;2022[citado 6/1/2025]. Disponible en:

https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2022/10/18/anuario-estadistico-de-salud-2021/.

7. Pérez MD, Valdés Y, Pérez L, López C, Jiménez A, Ordúñez PO. Hipertensión arterial en el adulto. Guía de Actuación para la Atención Primaria de Salud. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial de Cuba/HEARTS en las Américas[Internet]. La Habana:MINSAP;2021[citado 15/4/2025]. Disponible en: https://temas.sld.cu.

8. Rodríguez MA, García E, Rodríguez A, Batanero C, Pérez EM. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. Pharm Care Esp[Internet]. 2020[citado 4/7/2025];22(3):[aprox. 22p.]. Disponible en: https://www.pharmcareesp.com.

9. Puigdemont NP, Valverde MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm[Internet]. 2018[citado 24/5/2025];59(3):[aprox. 8p.]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163.

10. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos[Internet]. Francia:AMM;2017[citado 20/5/2025]. Disponible en: https://www.wna.net.

11. Soler R, Brossard M, Vaillant M, Omar Y, Marín M. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial en la provincia de Santiago de Cuba. Medisan[Internet]. 2020[citado 20/6/2025];24(2):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1029-30192020000200174&lng0es.

12. Rodríguez A, Piña AC, Piñera AD, García R, Balcindes S. Brechas en el manejo del paciente hipertenso en un área metropolitana de La Habana. Finlay[Internet]. 2019[citado 27/6/2025];9(4):[aprox. 15p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view.

13. Martínez G, Sujo M, Estévez A. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2020[citado 28/5/2025];36(1):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arttex&pid=S=0864-21252020000100002&lng=es.

14. Gort M, Mamane I, Márquez K, Tamayo A, Rodríguez S. Categoría de riesgo cardiovascular total en pacientes hipertensos. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río[Internet]. 2023[citado 8/8/2025];27(1):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5801.

15. Álvarez M, Laurencio S, Hernández T, Fuentes O, Martínez Y. Caracterización de adultos mayores con hipertensión arterial pertenecientes al Policlínico José Martí Pérez. Santiago de Cuba. Cuba. AMC[Internet]. 2020[citado 8/8/2025];20(1):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/2738/273862538018/html/.

16. Laborde AM, Laborde MA, García DM, Chibas L. Comportamiento de los factores de riesgo de la hipertensión arterial en una comunidad rural holguinera. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2021[citado 30/4/2025];37(4):[aprox. 15p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000400005&lng=es.

17. Cobas L. Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 60 años. Medimay[Internet]. 2020[citado 11/8/2025];27(4):[aprox. 8p.]. Disponible en: https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/.

18. García AA, Ospina D, Rico J, Fernández DG, Muñoz O, Suárez F. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Rev Colomb Cardiol[Internet]. 2022[citado 20/4/2025];29(1):[aprox. 6p.]. Disponible en: https://www.rccardiología.com.

19. Díaz AM, Rodríguez A, León M, Fernández L, Seuc Jo A, Londoño E. Manejo y control de pacientes hipertensos. Rev Cubana Salud Pública[Internet]. 2023[citado 18/5/2024]; 49(2):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://revsalupublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/3385.