

Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en Cotoca, Santa Cruz, Bolivia: Estudio poblacional

Prevalence of arterial hypertension and associated factors in Cotoca, Santa Cruz, Bolivia: Population-based study

Armando Luis González Treasure 
agonzalez@uecologica.edu.bo

Stefany Adali Schmitter González 
stefany47480@uecologica.edu.bo

Universidad Nacional Ecológica. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia

RESUMEN

La prevalencia de la hipertensión arterial y sus factores asociados resulta clave para el diseño de estrategias efectivas que permitan reducir las enfermedades cardiovasculares y la mortalidad. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de hipertensión arterial y los principales factores asociados en la población del municipio de Cotoca, Santa Cruz, Bolivia, para identificar patrones de riesgo y orientar intervenciones de salud pública. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de corte transversal. Se seleccionó una muestra no probabilística, intencional conformada por 150 personas adultas (≥ 40 años de edad). **Resultados:** La prevalencia de hipertensión arterial fue de 28,7%. El riesgo de padecer hipertensión arterial, aumentó en individuos con antecedentes personales familiares (APF) de HTA, sobrepeso u obesidad, presencia de dislipemia, alimentación poco saludable y estilo de vida sedentario. **Conclusiones:** Estos factores de riesgo contribuyen significativamente al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y resaltan la necesidad urgente de implementar estrategias de prevención y promoción de la salud en la comunidad.

Palabras clave: Hipertensión arterial; Prevalencia; Factores de riesgo; Estudio poblacional.

ABSTRACT

The prevalence of arterial hypertension and its associated factors is key to the design of effective strategies that reduce cardiovascular diseases and mortality. **Objective:** Evaluate the prevalence of arterial hypertension and the main factors associated in the population of the municipality of Cotoca, Santa Cruz, Bolivia, to identify risk patterns and guide public health interventions. **Materials and Methods:** An observational, retrospective cross-sectional study. A non-probabilistic, intentional sample consisting of 150 adults (≥ 40 years of age) was selected. **Results:** The prevalence of arterial hypertension was 28.7%. The risk of arterial hypertension, increased in individuals with family personal history (APF) of HT, overweight or obesity, presence of dyslipipemia, unhealthy food and sedentary lifestyle. **Conclusions:** These risk factors contribute significantly to the development of cardiovascular diseases and highlight the urgent need to implement health prevention and promotion strategies.

Keywords: Arterial hypertension; Prevalence; Risk factors; Population study.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica que rara vez presenta síntomas, lo que la convierte en un problema de salud silencioso pero grave. Está influida por factores de riesgo conductuales, como una dieta poco saludable, inactividad física, consumo excesivo de sal y alcohol, y por factores metabólicos como obesidad, diabetes y dislipidemias ⁽¹⁾. Además, algunos factores no modificables, como la edad avanzada y los antecedentes familiares, también contribuyen al desarrollo de esta afección. La hipertensión arterial (HTA) causa anualmente alrededor de 9.4 millones de muertes en el mundo, representando el 12.8% de la mortalidad global. Además, puede generar complicaciones graves, como infartos y accidentes cerebrovasculares, afectando significativamente la salud pública ⁽²⁾.

La hipertensión arterial (HTA), conocida como el "asesino silencioso", es el trastorno cardiovascular más frecuente de naturaleza multifactorial. Esta enfermedad sistémica crónica afecta principalmente a los vasos sanguíneos, provocando un aumento constante de la presión arterial. La HTA se desarrolla a menudo sin síntomas evidentes, lo que dificulta su detección temprana y puede llevar a complicaciones graves si no se controla adecuadamente. Entre sus efectos adversos se incluyen daños en órganos vitales como el corazón y el cerebro, así como un mayor riesgo de infartos y accidentes cerebrovasculares, además de problemas renales significativos ⁽³⁾.

Por otra parte, se estima que alrededor de 691 millones de personas sufren de hipertensión arterial. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son enfermedades coronarias y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica, y la hipertensión arterial está presente en la mayoría de ellas ⁽⁴⁾. En América del Norte, específicamente en Estados Unidos, se estiman 50 millones de pacientes hipertensos y unas 60 000 muertes anuales provocadas por HTA. Mientras que, en América Latina, es responsable del 13 % de las muertes y 5,1 % de los años de vida ajustados por discapacidad pueden ser atribuidos a la hipertensión. En la mayor parte de los países existe una prevalencia del 15 al 30% ⁽⁵⁾.

En este sentido, es importante resaltar que, en Bolivia, se realizó en 2019 un estudio que reveló que el 53,6% de la población presenta hipertensión arterial sin tener conocimiento de su condición. Esta falta de diagnóstico adecuado predispone a estas personas a sufrir diversas complicaciones graves asociadas a esta patología. La hipertensión es un factor de riesgo significativo para enfermedades cardiovasculares, las cuales son responsables de un alto porcentaje de muertes a nivel mundial, afectando significativamente la calidad de vida y la esperanza de vida general ⁽⁶⁾.

Las intervenciones basadas en la comunidad han demostrado ser efectivas en la prevención de enfermedades no transmisibles, ya que actúan a nivel individual, grupal y ambiental, influyendo en los comportamientos saludables. En este sentido, es crucial identificar y actuar sobre los factores de riesgo modificables asociados con esta enfermedad. Dado que la hipertensión arterial es un problema de salud pública tanto a nivel global como en Bolivia, cualquier esfuerzo destinado a su control es valioso, especialmente si se implementa de manera sostenible y coordinada con políticas públicas efectivas.

La presente investigación tiene por objetivo evaluar la prevalencia de hipertensión arterial y los principales factores asociados en la población del municipio de Cotoca, Santa Cruz, Bolivia, para identificar patrones de riesgo y orientar intervenciones de salud pública.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de corte transversal para determinar la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y sus principales factores asociados en un sector poblacional del municipio Cotoca, departamento de Santa Cruz, Bolivia. El universo del estudio estuvo constituido por aproximadamente 50,000 habitantes del municipio. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, intencional o por conveniencia, seleccionando a 150 personas adultas con edades comprendidas entre 40 y 79 años.

Los participantes fueron captados en los alrededores del Hospital, Mercado y plaza de la ciudad. Se incluyeron en el estudio aquellos adultos que aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron individuos con discapacidad cognitiva que impidieran la comprensión y respuesta a las preguntas de la entrevista.

Una vez obtenida la autorización, se procedió a realizar una entrevista estructurada en la que se registraron variables demográficas (edad, sexo, nivel educativo), antecedentes personales y familiares de HTA, así como hábitos de vida (tabaquismo, consumo de alcohol y actividad física). Además, se midieron el peso y la talla de los participantes utilizando una balanza y un tallímetro calibrados.

La presión arterial fue medida por personal capacitado utilizando un esfigmomanómetro automático. Se realizaron tres mediciones con un intervalo de 5 minutos entre cada una, y se calculó el promedio de las dos últimas mediciones para obtener un valor más preciso.

El análisis estadístico incluyó el cálculo de prevalencias de HTA y factores asociados. Para evaluar la existencia de una asociación entre las condiciones de salud y los estilos de vida con la prevalencia de hipertensión arterial (HTA), así como para determinar la fortaleza y dirección de dicha asociación, se emplearon dos herramientas estadísticas principales: la prueba de Chi cuadrado (χ^2) y el cálculo del Odds Ratio (OR).

RESULTADOS

De las 150 personas entrevistadas en la población del municipio de Cotoca, se encontró que el 28,7% resultaron padecer de hipertensión arterial (HTA) y llevaban tratamiento para la misma. Las restantes 107 personas entrevistadas, que representan el 71,3%, no fueron hipertensos. Estas frecuencias de distribución de HTA en la población estudiada se corresponden con una razón de 1 persona con HTA por cada 2,4 sin HTA.

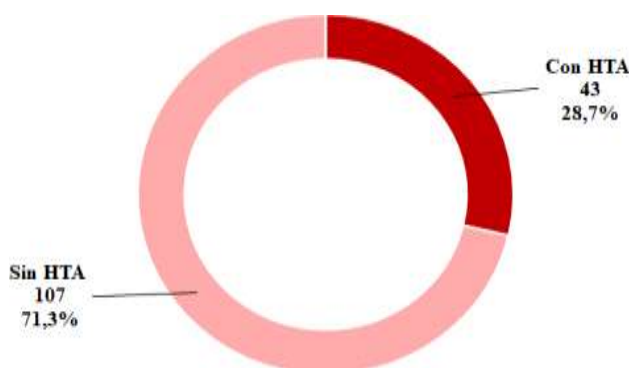


Figura 1. Prevalencia de HTA en la población entrevistada.

En la figura 2, se ilustra el comportamiento de las principales condiciones de salud y estilos de vida que, se reconocen como factores asociados a la prevalencia de hipertensión arterial (HTA). Estos factores fueron evaluados en la población estudiada a través de entrevistas. Los resultados revelan que el 52.5% de los entrevistados reportaron tener antecedentes patológicos familiares (APF) de HTA en familiares de primer o segundo grado. Este dato resalta la importancia del historial familiar como un factor de riesgo clave en el desarrollo de esta condición. Por otro lado, se pudo conocer que el 47.5% de los participantes revela no tener antecedentes familiares relacionados con la hipertensión. Estos hallazgos destacan la relevancia de los antecedentes familiares en la evaluación del riesgo individual y refuerzan la necesidad de implementar estrategias preventivas dirigidas a personas con predisposición genética a esta enfermedad.

La población estudiada mostró un índice de masa corporal (IMC) inferior a 25, por lo tanto, sin sobrepeso u obesidad. Sin embargo, estas condiciones se detectaron en el 23,3% de las personas estudiadas, es decir, en algo más de una quinta parte del total, con una razón de 1 persona con sobrepeso/obesidad por cada 3,3 personas sin exceso de peso corporal. En cuanto a la presencia de dislipemia, el 21,6% de los pobladores de Cotoca estudiados refirieron tener niveles elevados de lípidos en sangre (colesterol y/o triglicéridos), por lo tanto, eran portadores de dislipemia. El restante 78,4% negó o dijo desconocer si tenían esta condición de salud. Estas frecuencias reflejan una razón de 1 persona con dislipemia por cada 3,6 personas sin dislipemia.

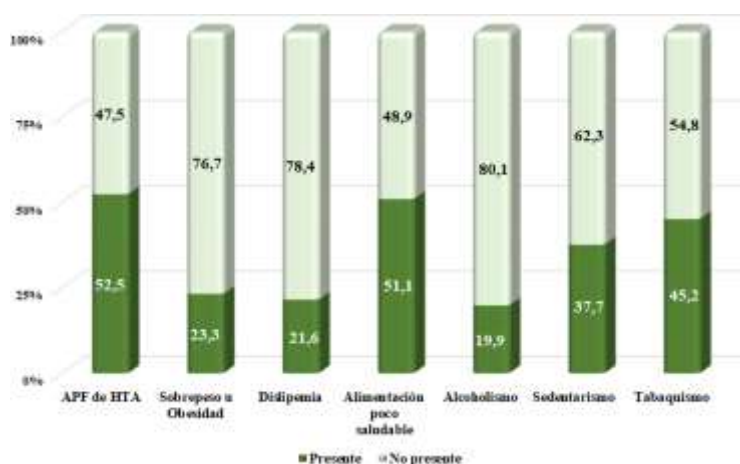


Figura 2. Condiciones de salud y estilos de vida referidos por la población entrevistada.

Los estilos de vida, que incluyen una alimentación poco saludable, el alcoholismo, el sedentarismo y el tabaquismo, son ampliamente reconocidos en la literatura como factores que aumentan el riesgo de hipertensión arterial (HTA). Los hallazgos indican que el 51.1% de los sujetos encuestados reportó hábitos alimenticios poco saludables, caracterizados por el consumo frecuente de alimentos altamente procesados, con alto contenido de azúcares añadidos, sodio elevado, y bajos en fibra y grasas saludables. Por otro lado, el 48.9% indicó tener una alimentación saludable. Estas cifras reflejan una proporción cercana a 1:1 entre ambos grupos, con una ligera prevalencia de hábitos alimenticios no saludables.

En cuanto al consumo frecuente de bebidas alcohólicas (varias veces a la semana), el 19.9% de los entrevistados refirieron tener este hábito, mientras que el 80.1% lo negó, lo que indica una proporción de 1 persona con consumo frecuente de alcohol por cada 4 personas sin este hábito. El estilo de vida sedentario, caracterizado por una baja cantidad de actividad física, fue reportado por más de un tercio de la población estudiada (37.7%), mientras que el 62.3% manifestó incorporar una cantidad significativa de actividad física y movimiento a lo largo del día. Esto indica una proporción aproximada de 1 persona sedentaria por cada 1.7 personas no sedentarias. Por último, se encontró que el 45.2% de los encuestados tienen hábitos de tabaquismo y el 54.8% no fuma, lo que implica una proporción cercana a 1 persona con hábito de fumar por cada 1.2 personas sin tabaquismo, tabla 1.

La Tabla 1, muestra la relación entre la prevalencia de HTA en la población estudiada y las siguientes condiciones de salud (antecedentes familiares de HTA, sobrepeso/obesidad y dislipemia) y estilos de vida (alimentación poco saludable, alcoholismo, sedentarismo y tabaquismo) reportados en las entrevistas.

Se observó que, de las 79 personas con antecedentes personales familiares (APF) de hipertensión arterial (HTA), el 41,8% afirma ser hipertensas, lo cual también fue referido por el 14,1% de las 71 personas que negaron tener APF de HTA. Los hallazgos indican que la prevalencia de HTA fue 2,9 veces mayor entre los que tienen APF de HTA que entre los que no tienen este antecedente. Se constató estadísticamente la existencia de una asociación positiva entre el APF de HTA y la prevalencia de HTA [OR: 4,3; Intervalo de confianza al 95% (IC95%): 1,9 – 9,7]. De las 35 personas identificadas con sobrepeso u obesidad, el 82,9% era portadora de HTA, mientras que, de las 115 personas sin exceso de peso corporal, solo el 12,2% era hipertensa. Así, la prevalencia de HTA fue 6,7 veces mayor en las personas con sobrepeso u obesidad que en aquellas que no presentaban esta condición nutricional. También se encontró la existencia de una asociación fuertemente positiva entre la presencia de sobrepeso/obesidad y la prevalencia de HTA (OR: 34,8; IC95%: 12,3 – 98,8).

De las 32 personas que reconocen ser portadoras de dislipemia, la mayoría de ellas (65,6%) padecían de HTA, mientras que entre las 118 personas sin dislipemia solo el 18,6% era hipertensa. Por lo tanto, la prevalencia de HTA fue 3,5 veces mayor entre los dislipémicos que entre los no dislipémicos en esta población. El análisis estadístico de esta distribución también mostró una asociación positiva entre la dislipemia y la HTA (OR: 8,3; Intervalo de confianza al 95% (IC95%): 3,5 – 19,7).

Entre los 77 entrevistados que refirieron tener una alimentación poco saludable, algo más de dos quintas partes (40.3%) presentaban hipertensión (HTA). En contraste, solo el 16.4% de los 73 entrevistados que describieron su alimentación como saludable tenían HTA. Por lo tanto, la prevalencia de HTA fue 2.4 veces mayor en aquellos con una alimentación poco saludable en comparación con aquellos que reportaron comer saludablemente. Esta asociación positiva entre una alimentación poco saludable y la prevalencia de HTA fue estadísticamente significativa (OR: 3.4; IC95%: 1.5-7.3). Esta relación puede explicarse por el mayor consumo de sodio y grasas saturadas, y la menor ingesta de frutas y verduras, factores dietéticos conocidos por elevar la presión arterial.

En cuanto al consumo de alcohol, de los 30 entrevistados que refirieron consumo frecuente de bebidas alcohólicas, solo el 10.0% tenía HTA. Sin embargo, entre los 120 entrevistados restantes que no consumían alcohol de manera frecuente, el 33.3% eran hipertensos. En esta casuística, la prevalencia de HTA fue 3.3

veces mayor en aquellos que no consumen bebidas alcohólicas de manera frecuente, en comparación con aquellos que sí lo hacen. El análisis estadístico reveló una asociación negativa entre el consumo frecuente de alcohol y la HTA (OR: 0.22; IC95%: 0.06-0.77). Es importante señalar que, si bien este estudio revela una posible asociación protectora del consumo moderado de alcohol, el consumo excesivo es un factor de riesgo conocido para la HTA.

Respecto al nivel de actividad física, de los 57 entrevistados que señalaron tener un estilo de vida sedentario, el 45.6% eran hipertensos. Por otro lado, entre los 93 participantes que se describieron como no sedentarios, la HTA estuvo presente en el 18.3%. Así, la prevalencia de HTA fue aproximadamente 2.5 veces mayor en los sedentarios que en los no sedentarios. El análisis estadístico demostró una asociación positiva significativa entre el sedentarismo y la prevalencia de HTA (OR: 3.7; IC95%: 1.7-7.8). Esta relación se debe, en parte, a que la inactividad física contribuye al aumento de peso, la resistencia a la insulina y la disfunción endotelial, factores que aumentan el riesgo de hipertensión.

Además, entre los 68 participantes del estudio que señalaron tener el hábito de fumar, el 27.9% presentaba HTA. Entre los 82 entrevistados no fumadores, el 29.3% eran hipertensos. En esta población, la prevalencia de HTA fue solo 1.4 puntos porcentuales mayor en los no fumadores que en los fumadores. El análisis estadístico de esta distribución no mostró una asociación significativa entre el tabaquismo y la prevalencia de HTA ($p=0.8580$), lo que revela que, en esta muestra, el tabaquismo no fue un factor predictivo independiente de la HTA.

Tabla 1. Prevalencia de HTA en la población estudiada según las condiciones de salud y estilos de vida referidos.

Condiciones de salud y estilos de vida		Prevalencia de HTA				Total		
		Con HTA		Sin HTA				
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
APF de HTA	Presente	33	41,8	46	58,2	79	100	$p=0,0002 (< 0,05)$ OR: 4,3
	No presente	10	14,1	61	85,9	71	100	IC _{95%} : 1,9-9,7
Sobrepeso u Obesidad	Presente	29	82,9	6	17,1	35	100	$p=0,0000 (< 0,05)$ OR: 34,8
	No presente	14	12,2	101	87,8	115	100	IC _{95%} : 12,3-98,8
Dislipemia	Presente	21	65,6	11	34,4	32	100	$p=0,0000 (< 0,05)$ OR: 8,3
	No presente	22	18,6	96	81,4	118	100	IC _{95%} : 3,5-19,7
Alimentación poco saludable	Presente	31	40,3	46	59,7	77	100	$p=0,0013 (< 0,05)$ OR: 3,4
	No presente	12	16,4	61	83,6	73	100	IC _{95%} : 1,5-7,3
Alcoholismo	Presente	3	10,0	27	90,0	30	100	$p=0,0115 (< 0,05)$ OR: 0,22
	No presente	40	33,3	80	66,7	120	100	(1 ÷ 0,22 = 4,5) IC _{95%} : 0,06-0,77
Sedentarismo	Presente	26	45,6	31	54,4	57	100	$p=0,0003 (< 0,05)$

Tabaquismo	No presente	17	18,3	76	81,7	93	100	OR: 3,7 IC _{95%} : 1,7-7,8
	Presente	19	27,9	49	72,1	68	100	$p=0,8580$
	No presente	24	29,3	58	70,7	82	100	(> 0,05)
		43	28,7	107	71,3	150	100	

DISCUSIÓN

La prevalencia de hipertensión arterial observada en nuestro estudio (34,1%) se alinea con los hallazgos reportados en un metanálisis realizado en España entre 1990 y 2003 ⁽⁷⁾. Además, otro estudio en la Comunidad Valenciana reportó una prevalencia del 38,2%, destacando el sobrepeso como un factor asociado significativo ⁽⁸⁾. En Cuba, un estudio indicó una prevalencia del 31,3%, lo que también concuerda con el estudio realizado ⁽⁹⁾. En Bolivia se hace mención a una investigación, en la que se incluyeron 1624 sujetos y se reporta una 20 % de prevalencia para la hipertensión arterial ⁽¹⁰⁾.

En Argelia, se hace mención a un estudio epidemiológico descriptivo transversal, en el que participaron personas de 18 a 69 años, encontró una prevalencia de HTA del 31,6% (IC del 95%: 30,5-32,7%). En este estudio, según el análisis de regresión logística multivariante, los principales factores de riesgo comunes para la hipertensión fueron el envejecimiento, la obesidad, la obesidad abdominal y la hipercolesterolemia ⁽¹¹⁾. Otra investigación efectuada en el Medio Oriente señaló que la prevalencia general de HTA fue del 24,36% (IC del 95%: 19,06-31,14), proporción ligeramente por debajo de la encontrada entre los pobladores de Cotoca en este estudio ⁽¹²⁾.

Barbosa ⁽¹³⁾ menciona un estudio realizado en Perú, que reporta una prevalencia del 14.6% para hipertensión arterial (HTA) y del 7.8% para diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Además, destaca que el 64.8% de la población presentó al menos un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Estos factores de riesgo aumentan con la edad y se observan con mayor frecuencia en hombres, así como en personas que consumen alcohol y tabaco, tienen una dieta deficiente y realizan poca actividad física, lo que incrementa significativamente el riesgo cardiovascular general.

El tabaquismo y el consumo de alcohol de riesgo, dañino y perjudicial influyen negativamente en el estado de salud de la población pinareña. El tabaquismo es el factor que más interviene, determinado por la mayor prevalencia de este hábito en la población. Además, es necesario considerar que otros factores de riesgo, como la mala alimentación y la falta de actividad física, también contribuyen significativamente al deterioro de la salud de los habitantes de una ciudad de Cuba ⁽¹⁴⁾. Otros estudios revelan en la hipertensión arterial, como factores de riesgo asociados que se encontraron en los pacientes fueron alimentación inadecuada 45%, herencia familiar 25%, sedentarismo 20%, consumo de alcohol 5% y consumo de tabaco 5% ⁽¹⁵⁾.

En lo relativo al sedentarismo como factor asociado a la hipertensión arterial, se hace mención a un estudio en Argentina. En sus hallazgos la investigación incluyó un total de 987 mayores hipertensos, de los cuales el 59.27% eran hombres y el 46.2% llevaba una vida sedentaria. Se encontró que el sedentarismo, junto con la presencia de dos o más comorbilidades, se asociaba significativamente a una alta incidencia de

mortalidad. Además, el riesgo de morir fue 8.4 veces mayor en los pacientes con un estilo de vida sedentario. Estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones preventivas y de promoción de un estilo de vida activo para mejorar la supervivencia en esta población vulnerable ⁽¹⁶⁾. Otro estudio hace mención a la hipertensión y la obesidad genera un mayor riesgo cardiovascular ⁽¹⁷⁾.

En Cochabamba, Bolivia, se hace mención un estudio multicéntrico realizado en 20 instituciones de salud incluyó a 1624 individuos, reportando una prevalencia del 20% de hipertensión arterial (HTA). La mediana de edad en los hipertensos fue de 63 años, con una presión arterial promedio de 130/80 mmHg. Además, se encontró que el 31% de los participantes padecía diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y el 12% tenía dislipidemia. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 29,9 kg/m², con valores significativamente más altos en pacientes con sobrepeso y obesidad, lo que indica un riesgo cardiovascular elevado en esta población⁽¹⁸⁾.

Se concuerda con otras investigaciones, en las que se encontró una asociación significativa entre la hipertensión arterial y el antecedente familiar, sugiriendo que la genética puede desempeñar un papel crucial en su desarrollo ⁽¹⁹⁾. También se conoce de otro estudio que estableció antecedentes familiares de HTA en el 34-47% de los individuos estudiados, siendo el estilo de vida un factor de alto impacto ya que afecta a la mayoría ⁽²⁰⁾. En México se pudo determinar en un estudio que el antecedente familiar constituye un riesgo para hipertensión, y desde una perspectiva preventiva obliga al sistema de salud a proponer acciones anticipatorias que incidan en los estilos de vida de las familias en riesgo para limitar la aparición de la enfermedad, así como estrategias de seguimiento de los individuos para realizar el diagnóstico oportuno ⁽²¹⁾.

El consumo de tabaco está asociado con un mayor riesgo de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. Es fundamental implementar estrategias efectivas de prevención y cesación del tabaco para reducir la incidencia de estas condiciones y mejorar la salud pública a largo plazo ⁽²²⁾. En Bolivia se hace mención a los factores de riesgos, destacan que se incrementaron en 2,76 veces el riesgo de padecer hipertensión arterial y resultó altamente significativo, por lo que se debe trabajar en las actividades de promoción y educación para la salud ⁽²³⁾. Otros estudios revelan que Bolivia es uno de los países con mayor consumo de alcohol, al igual que la mayoría de los países de América. Considerado como una droga, el alcohol es de las sustancias más consumidas y posee efectos deletéreos sobre la salud, como la elevación de la presión arterial ⁽²⁴⁾.

Asimismo, en la comunidad de Pajchani Grande, Bolivia, un estudio reveló que el Índice de Masa Corporal (IMC) es el factor de riesgo más asociado con la hipertensión arterial, con un Odds Ratio de 11,78. Además, destacan el antecedente familiar (10,06), la falta de ejercicio (9,86), y los hábitos tabáquicos o alcohólicos (7,27) como factores significativos. Otros factores relevantes incluyen la edad, la falta de conocimiento, y el género masculino. Estos hallazgos subrayan la importancia de un estilo de vida saludable para prevenir la hipertensión arterial y mejorar la calidad de vida generalmente ⁽²⁵⁾.

CONCLUSIONES

En el municipio de Cotoca, ubicado en el departamento boliviano de Santa Cruz, se ha identificado

una notable prevalencia de hipertensión arterial (HTA) entre la población adulta. Este riesgo es considerablemente mayor en individuos con antecedentes familiares de HTA, así como en aquellos que presentan un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 kg/m², lo que indica sobrepeso u obesidad.

El estudio desarrollado permitió mostrar una correlación positiva con la dislipemia, hábitos alimentarios poco saludables y un estilo de vida sedentario. Estos hallazgos indican la importancia de abordar los factores de riesgo modificables para la prevención y control de la hipertensión arterial en esta población. También, se destaca la necesidad de implementar políticas de salud pública y programas de educación que promuevan cambios en el estilo de vida, fomentando una alimentación saludable y la práctica regular de actividad física para reducir la incidencia de la hipertensión arterial y mejorar la calidad de vida de los individuos afectados.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. Ginebra: 2013;
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?sequence=1
2. Oparil S, Acelajado MC, Bakris GL, Berlowitz DR, Cifkova R, Dominiczak AF, et al. Hypertension. Nat Rev Dis Primers. 2018; 4:18014. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.14>
3. Rubio AI, Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta? Med. interna Méx; 2018; 34(2): 299-303. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.2015>.
4. García Z, Junco I, Cordero M, García M, Rodríguez Y. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en el Consultorio Médico 24. Rev. Ciencias Médicas. 2013; 17 (4):84-93. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n4/rpr10413.pdf>
5. González M, González M, Toirac Y, Milanés J. Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel. Rev. MULTIMED. 2014; 19(4). <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/366/511%20>
6. Organización Panamericana de la Salud. Personal de salud de primer nivel de atención en Santa Cruz de la Sierra fortalecen sus competencias en la toma precisa de la presión arterial. 2023; <https://www.paho.org/es/noticias/8-5-2023-personal-salud-primer-nivel-atencion-santa-cruz-sierra-fortalecen-sus#:~:text=En%20Bolivia%20se%20realiz%C3%B3%20en,complicaciones%20asociadas%20a%20esta%20patolog%C3%ADa.>
7. Medrano M, Cerrato E, Boix R, Delgado M. Cardiovascular risk factors in Spanish population: metaanalysis of cross-sectional studies. Med Clin (Barc) .2005; 16:606-12. <https://doi.org/10.1157/13074389>
8. Zubeldia, Quiles J, Mañes J, Redón J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev. Esp. Salud Publica. 2016; 90(1): 1-11. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e40006.pdf>

9. Morejón W, Achiong F, García E, Rodríguez J, Cárdenas M. Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores asociados. Municipio Matanzas 2009-2010. Rev. Med. Electrón. 2013; 35(5): 461-469. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v35n5/tema02.pdf>
10. Soldán C, Saavedra D, Ureña S, Antezana L, Villanueva de la Rosa C, Ortega R. Registro multicéntrico de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular asociados y adherencia terapéutica en Cochabamba- Bolivia. Rev. Inv. Inf. Sal. 2023; 19(45): 40-53. <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i45.1040>
11. Moussouni A, Sidi A, Hamdaoui H, Amaria A, Djamel B/ Prevalence and risk factors of prehypertension and hypertension in Algeria. BMC Public Health. 2022; 22(1):1571. 571 <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13942-y>
12. Okati H, Ansari A, Kargar S, Mohammadi M. Prevalence of hypertension and pre-hypertension in the Middle East region: a systematic review & meta-analysis. J Hum Hypertens. 2022; 36(9):794-804. <https://doi.org/10.1038/s41371-021-00647-9>
13. Barboza P. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. Rev Cuid; 2020 11(2): e1066. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1066>
14. Paredes R, Orraca O, Marimón Ri, Casanova Ma, Véliz D. Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña. Rev Ciencias Médicas. 2015; 19(1): 46-55. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v19n1/rpr08115.pdf>
15. Gómez N, Vilema E, Guevara L. Hipertensión arterial e incidencia de los factores de riesgo en adultos mayores. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores, 2021; 8(spe3), 00059. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2741>
16. Rodriguez M, Ibarra S, Parodi J, Runzer F. Sedentarismo y mortalidad en pacientes hipertensos: rol de los criterios de sarcopenia. Rev. Fed. Arg. Cardiol. 2022; 51(1):16-22. <https://revistafac.org.ar/ojs/index.php/revistafac/article/view/361>
17. Alonso A, Acosta M, Peña A, Santeiro L, Alvelo O, López M. Repercusión de algunos factores de riesgo sobre el daño a órganos diana en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014; 30(1): 103-112. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100010&lng=es
18. Soldán Claudia, Saavedra D, Ureña S, Antezana L, Villanueva de la Rosa C, Ortega R. Registro multicéntrico de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular asociados y adherencia terapéutica en Cochabamba- Bolivia. Rev. Inv. Inf. Sal.; 19 (45): 40-53. <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i45.1040>.
19. Sánchez J, Sánchez N. Agregación familiar en individuos con hipertensión arterial esencial y factores de riesgo. Rev. Finlay. 2020; 10 (4): 363-370. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v10n4/2221-2434-rf-10-04-363.pdf>
20. Ortiz MF, Pinargote JJ, Arias KA, Naranjo KV, Guillen MA. Hipertensión arterial: comparación de los factores predisponentes en adultos (caso cantón Milagro). Rev Anatomía Digital. 2020; 3(1) <http://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/AnatomiaDigital/article/view/1176>

21. Villarreal E, Camacho I, Vargas E, Galicia L, Martínez L, Escorcía V. Antecedente heredofamiliar de hipertensión (padre-madre), factor de riesgo para familia hipertensa (hijos). *Rev Clin Med Fam.* 2020; 13(1): 15-22. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n1/1699-695X-albacete-13-01-15.pdf>
22. Acosta, S, Torres V, Sacchi, P, Pereda Maximiliano et al. Variabilidad de la presión arterial, hipertensión arterial nocturna y su asociación con tabaquismo. *Rev. Urug. Med. Int.* 2021; 6(1): 54-65. <https://doi.org/10.26445/06.01.6>.
23. Martínez Cabrera Mery, Gort Hernández Magaly. Factores de riesgo en pacientes hipertensos en el Hospital Patacamaya, La Paz. *Rev Ciencias Médicas.* 2015; 19(5): 938-947. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v19n5/rpr16515.pdf>
24. Mamani Y, Luizaga J, Armaza A, Illanes D. Diferencias de género en la interacción entre consumo de tabaco y alcohol con la presión arterial elevada. *Gac Med Bol.* 2020; 43(2): 127-136. <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v43n2/v43n2a3.pdf>
25. Crispin D, Durán J. Hipertensión arterial sistémica y factores de riesgo en la comunidad de Pajchani Grande. *Cuad. - Hosp. Clín.* 2024; 65 (2): 11-18. <https://doi.org/10.53287/oggz1618ra67q>