



Artículo original

Características sociodemográficas y hábitos de vida de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2019.

Ojeda, Nerina Aldana; Sánchez, Lucia I.; Rodríguez, Diego J.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo cardiovascular modificable que, junto al tabaquismo y la hipercolesterolemia, contribuye a la mortalidad mundial. **Objetivos:** Describir las características sociodemográficas y los hábitos de vida en pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron en el Consultorio Externo de Clínica Médica y Cardiología de un Hospital Público. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional. Muestra de 95 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mediante muestreo aleatorio simple, los datos se obtuvieron de las historias clínicas mediante un formulario. **Resultados:** De la muestra (n 95) fueron masculinos 52,13% y femeninos 47,87%, promedio de edad de 50,5 años \pm 10,7 e IC 95% entre 48,3 - 52,7. El 45,26% presento primaria incompleta. Al momento del registro presentaban sobrepeso 66,31%. El 55,79% no realizaban actividad física y el 96,84% consumía sal. El grupo de fumadores era de 50,53% y ex fumadores el 28,42%, aquellos que no fumaban representaban el 49,47%. El 84,21% tenía familiares con antecedentes de Hipertensión Arterial. El 78,95% presentaban hipercolesterolemia, 36,84% diabetes mellitus, 17,89 con obesidad, 38,95% con enfermedad renal y el 27,37% con accidente cerebro vascular. La hipertensión grado II se presentó en un 49,47%, seguido de grado I con 29,47%, grado III 20%, cerca del rango de la normalidad solo estuvieron el 1,05%. **Discusión:** Se detectó alta frecuencia de sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, propensión al consumo de sal y hábitos de tipo sedentario. Todos datos coincidentes con los antecedentes.

Palabras clave: Hipertensión. Adultos. Hábitos

Abstract

Introduction: Hypertension is the main modifiable cardiovascular risk factor that, together with smoking and hypercholesterolemia, contributes to worldwide mortality. **Objectives:** To describe the sociodemographic characteristics and lifestyle habits of adult patients with a diagnosis of hypertension who attended the Outpatient Clinic of the Medical and Cardiology Clinic of a Public Hospital. **Materials and methods:** Quantitative, descriptive, cross-sectional and observational study. Sample of 95 patients with a diagnosis of arterial hypertension by simple random sampling, the data were obtained from the medical records using a form. **Results:** Of the sample (n 95), 52.13% were male and 47.87% female, mean age of 50.5 years \pm 10.7 and 95% CI between 48.3 - 52.7. 45.26% presented incomplete elementary school. At the time of registration, 66.31% were overweight. 55.79% did not perform physical activity and 96.84% consumed salt. The group of smokers was 50.53% and ex-smokers 28.42%, those who did not smoke represented 49.47%. 84.21% had relatives with a history of Arterial Hypertension. 78.95% had hypercholesterolemia, 36.84% diabetes mellitus, 17.89 with obesity, 38.95% with kidney disease and 27.37% with cerebrovascular accident. Grade II hypertension appeared in 49.47%, followed by grade I with 29.47%, grade III 20%, close to the normal range were only 1.05%. **Discussion:** A high frequency of overweight, obesity, arterial hypertension, propensity to consume salt and sedentary habits was detected. All data matching the antecedents.

Key words: Hypertension. Adults. Habits

Súmario

Introdução: A hipertensão é o principal fator de risco cardiovascular modificável que, juntamente com o tabagismo e a hipercolesterolemia, contribui para a mortalidade global. **Objetivos:** Descrever as características sociodemográficas e hábitos de vida de pacientes adultos com diagnóstico de hipertensão, atendidos no Ambulatório de Clínica Médica e Cardiológica de um Hospital Público. **Materiais e métodos:** Estudo quantitativo, descritivo, transversal e observacional. Amostra de 95 pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial por amostragem aleatória simples, os dados foram obtidos do prontuário por meio de formulário.



Resultados: Da amostra (n 95), 52,13% eram do sexo masculino e 47,87% do feminino, com média de idade de 50,5 anos \pm 10,7 e IC 95% entre 48,3 - 52,7. 45,26% apresentaram ensino fundamental incompleto. No momento do registro, 66,31% estavam acima do peso. 55,79% não praticavam atividade física e 96,84% consumia sal. O grupo de fumantes era de 50,53% e ex-fumantes 28,42%, aqueles que não fumavam representavam 49,47%. 84,21% tinham familiares com história de Hipertensão Arterial. 78,95% com hipercolesterolemia, 36,84% com diabetes mellitus, 17,89 com obesidade, 38,95% com doença renal e 27,37% com acidente vascular cerebral. A hipertensão grau II apareceu em 49,47%, seguida pelo grau I com 29,47%, grau III 20%, próximo ao normal foram apenas 1,05%. Discussão: Detectou-se alta frequência de sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial, propensão ao consumo de sal e hábitos sedentários. Todos os dados correspondem aos antecedentes.

Palavras-chave: Hipertensão. Adultos. Hábitos

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo cardiovascular modificable que, junto al tabaquismo y la hipercolesterolemia, contribuye a la mortalidad mundial.¹

Es un trastorno frecuente, crónico y relacionado con la edad, que a menudo conlleva complicaciones cardiovasculares y renales debilitantes.²

Su frecuencia aumenta de manera exponencial con la edad, a partir de los cincuenta años, lo cual, unido al aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados, hace que se convierta en un problema sanitario de primera magnitud. Su estrecha relación con las enfermedades cardiovasculares, primera causa de mortalidad en dichos países, ha sido demostrada, así como la disminución de la morbi-mortalidad con un adecuado control, en estudios de intervención.

A pesar de ser una entidad clínica ampliamente prevalente, estudiada y conocida, la hipertensión es aún hoy una fuente inagotable de controversias, dudas e incógnitas. La primera de estas incertidumbres surge cuando intentamos definir qué es la Hipertensión arterial y quién es hipertenso. En todo el mundo se utiliza la medición con un esfigomanómetro en el antebrazo del paciente, aun sabiendo que es un control indirecto y con criterios de valores sistólicos y diastólicos que no son iguales a la presión media arterial verdadera. Sin embargo, dada la simpleza de este método y de la normatización con que se realiza, es sin duda un elemento insustituible de la práctica cotidiana.³

Es un error frecuente diagnosticar hipertensión por un único y aislado control tensional, con cifras que superen las consideradas normales. Es probable que se trate de HTA de consultorio, o “guardapolvo blanco”. Excepto en situaciones donde los valores son claros y peligrosamente elevados, lo correcto es controlar al paciente dos o más veces, en distintas consultas, midiendo la presión en ambos brazos, en distintas posiciones, separadas por varios minutos y promediar los resultados. Usualmente el valor más alto lo aporta la primera medición. Además de la medición de la presión arterial de consultorio, es de enorme utilidad para el correcto diagnóstico de HTA, así como para descartar HTA de consultorio u oculta, utilizar recursos como la medición de la presión arterial fuera de consultorio.

Considerando que alrededor del 90% de los hipertensos son esenciales, por una simple probabilidad estaremos mucho más frecuentemente frente a una HTA esencial que a una secundaria. Tal vez no existan claves para identificar con total seguridad a estos últimos pacientes, pero siempre deberán tenerse en cuenta algunos elementos, como la edad precoz de aparición de HTA, descenso de la presión diastólica en el momento que el paciente se incorpora, hallazgos físicos, como soplos abdominales, facies cushingoide, trastornos electrolíticos, crisis de palpitaciones, taquicardia y sudoración, estrías cutáneas, etc. En otros casos, el establecimiento de HTA en forma brusca, o con valores muy elevados, o bien la refractariedad a la normalización tensional pese a un adecuado tratamiento, permiten sospechar una causa secundaria oculta.



Más raramente, cuando se detecten en los antecedentes familiares algunas patologías con base genética y/o transmisión hereditaria o familiar, deberá considerarse la posibilidad de HTA secundaria. En Argentina, según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)⁴, alrededor de un tercio de los adultos que refirieron haberse controlado la presión arterial fueron diagnosticados con presión arterial elevada. Un porcentaje significativo de este grupo manifiesta no recibir tratamiento. Existen factores de riesgo que predisponen a los individuos a presentar HTA algunos, como la edad o el género no son modificables, pero otros, como el consumo de tabaco, el sobrepeso y la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, y sal, el sedentarismo y la exposición a un estrés permanente, lo son.⁴

En general, la presión sistólica tiende a aumentar progresivamente desde la niñez, adolescencia y edad adulta hasta alcanzar un valor alrededor de 140 mmHg en la séptima u octava década. La diastólica también tiende a aumentar con la edad, pero con una tasa de crecimiento menor que la sistólica, e incluso tiende a estabilizarse después de la quinta década. Esto no ocurre así en todas las poblaciones, lo cual indica que el aumento de la presión arterial con la edad no es una necesidad biológica. Otro aspecto interesante es que las personas procedentes de países subdesarrollados adquieren una predisposición a aumentar la presión arterial con la edad cuando adoptan el estilo de vida occidental. Los cambios en la dieta parecen jugar un importante papel.⁵

La incidencia de nuevos casos de hipertensión es comparable entre hombres y mujeres en todos los grupos de edad. La hipertensión es una de las enfermedades que se asocia con la obesidad. El exceso de peso y el aumento de peso promueven hipertensión y la pérdida de peso reduce la presión arterial.⁶

El riesgo de hipertensión aumenta progresivamente al aumentar el peso corporal o el Índice de Masa Corporal (IMC)⁷

La hipertensión arterial (HTA) es también un gran problema de salud pública mundial. Se calcula que aproximadamente 970 millones de personas en todo el mundo la padecen. La incidencia es similar entre ambos sexos. Se ha descrito un mayor riesgo de HTA en la raza afroamericana, seguida de la raza caucásica. Los valores de presión arterial se incrementan con la edad, siendo de esta manera la HTA más común en las personas ancianas.

La presión arterial en adultos mayores de 18 años se basa en un promedio de dos o más tomas adecuadas de la misma en dos o más visitas clínicas. Si los valores de presión sistólica y diastólica se ubican en categorías diferentes, la clasificación será determinada por la mayor de las dos presiones. La presión arterial se clasifica en cuatro categorías: normal, pre hipertensión, HTA grado 1 y HTA grado 2. La prehipertensión no se considera una enfermedad, pero identifica a los pacientes más predispuestos a progresar a los estadios 1 y 2 de HTA en un futuro. Los valores que determinan la clasificación de la presión arterial, basados en el Octavo Reporte de la Journal of the American Medical Association; Normal <120 Y <80, Pre hipertensión 120 – 139 O 80-89, HTA estadio 1 140 – 159 O 90-99, HTA estadio 2 ≥ 160 O ≥ 100 . La HTA no controlada representa el principal factor de riesgo, triplicando el riesgo de muerte.⁸

En el caso especial de la HTA varios autores encuentran que, aunque existe una relación compleja entre las condiciones de vida y el incremento de la presión arterial, un nivel socioeconómico bajo favorece la posibilidad de padecer la enfermedad.

El paciente tiene riesgos cardiovasculares, sin embargo, dada la frecuente coexistencia de otros factores, en la medida en que estos se suman, el riesgo aumenta considerablemente. Es útil disponer en consultorio de algunas de las tablas o scores de riesgo, para asignar a cada paciente el riesgo individual y la terapéutica adecuada.



Debe considerarse que se asigna a la presión arterial sistólica un mayor valor pronóstico, en tanto que están considerados como útiles la presión diferencial o de pulso y el descenso nocturno tensional durante el sueño.⁹

En un estudio de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial¹⁰ con una muestra de 86 individuos, con edades comprendidas entre los 15 y los 85 años, 53 mujeres y 33 hombres, resultaron ser hipertensos el 42% (18 hombres y 18 mujeres) sobre los que se determinó la incidencia de los distintos hábitos de vida; tabaco, obesidad, sedentarismo, alimentación, consumo de sustancias excitantes, alcohol y actividad física, obteniendo, el número de hipertensos que se incrementa con los años, así el mayor porcentaje de hipertensos (82%) se corresponde con el grupo de edad comprendido entre los 66 y 85 años y el menor (22%) con el de edad comprendida entre los 25 y 44 años. Entre las mujeres, un 34% presentaban un IMC $34 > 25$ Kg, mientras que en los hombres esta cifra se elevaba al 62%, lo que viene a corroborar la asociación existente entre el sobrepeso y la HTA. De los 36 hipertensos, el 83% tomaban excitantes y un 72% fumaba, mientras que sólo un 58% llevaban una dieta poco saludable.

En la valoración inicial del Paciente Hipertenso la anamnesis permite detectar la presencia de síntomas que pueden estar relacionados con la HTA o con sus complicaciones, así como indagar sobre hábitos, adicciones, tratamientos previos y sus resultados, causas de abandono o de baja adherencia a aquel, consumo de fármacos o alimentos, eventuales interacciones de medicamentos, apnea de sueño, somnolencia diurna, etc. El examen físico explorará el corazón, vasos, aneurismas, pulsos periféricos, soplos, aumentos de tamaño tiroideo y/o nódulos, etc. Además de una cuidadosa anamnesis y examen físico, deberá iniciarse el sistemático estudio del paciente, para definir estadio y compromiso eventual de órganos blanco, así como descartar existencia de causas secundarias.

En los últimos 30 años las modificaciones en los estilos de vida, alimentación, hábitos de consumo, aumento de horas de trabajo y disminución de la actividad física por la facilidad en la movilidad han generado un dramático impacto en la salud de la población adulta de todo el planeta. Un enemigo silencioso que acecha y causa estragos por las terribles secuelas y mortalidad si no es detectada y tratada en etapas tempranas.

Los estilos de vida que incluyen hábitos alimentarios, de actividad física y hábitos tóxicos ocupan un lugar importante en la salud humana. Cuando estos son inadecuados constituyen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, que incluye la hipertensión arterial (HTA), y otras, endocrinas, como la diabetes mellitus y la obesidad entre otras.¹⁰

Una dieta saludable, de fácil comprensión y utilización está basada en frutas, verduras, cereales, lácteos descremados, ácidos grasos mono-insaturados, pescado, aves, nueces y es, por ende, pobre en grasas saturadas, carnes rojas, bebidas azucaradas y dulces. Tienen un efecto antihipertensivo independiente del consumo de sodio y del descenso de peso. Produce un descenso promedio de la PAS/PAD de 5.5/3.5 mmHg desde las dos semanas. Su asociación con dieta hiposódica aumenta el efecto antihipertensivo. Otras medidas dietéticas son los suplementos alimentarios de calcio y magnesio que pueden producir leves descensos de PA aunque no existen evidencias concluyentes.

La reducción del hábito de fumar es la medida preventiva cardiovascular más importante. Fumar produce un aumento transitorio de la PA (15 min.), probablemente por estimulación simpática central, con aumento de catecolaminas. El MAPA (monitoreo ambulatorio de la presión arterial), demostró que tanto los hipertensos no tratados como los normotensos fumadores tenían valores de PA diurnos mayores que los no fumadores. El tabaquismo pasivo aumenta el riesgo coronario y otras enfermedades vinculadas.¹⁰



Se ha encontrado que las dos terceras partes de las personas con más de 60 años practican de manera irregular alguna actividad física o son totalmente sedentarios. Por causa de la inactividad aparecen los riesgos de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis y la depresión.

Se ha demostrado que la práctica física regular incrementa la habilidad de un adulto mayor en sus quehaceres diarios, reduce los riesgos de enfermedades crónicas específicas, incluyendo las enfermedades coronarias y baja la tasa de mortalidad. Los sistemas más susceptibles al cambio con el ejercicio son, el cardiovascular (modulador de la variabilidad de la frecuencia cardiaca con ejercicio aeróbico), el respiratorio, el inmunológico; además se ven beneficiados, la masa metabólica activa, los huesos, los músculos, los riñones y los receptores sensoriales. El ejercicio logra ayudar en el tratamiento y la prevención de la osteoporosis aparte de ayudar con el control de la HTA. Se puede mejorar significativamente la calidad de vida de una persona de la tercera edad dándole mayor flexibilidad, fuerza y volumen muscular, movilidad y mayor capacidad funcional aeróbica.¹¹

El presente estudio busca describir las características sociodemográficas y los hábitos de vida en pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron en el Consultorio Externo de Clínica Médica y Cardiología de un Hospital Público.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional sobre pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron en el Consultorio Externo de Clínica Médica y Cardiología de un Hospital público de Corrientes Capital durante 2019.

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, nivel de formación, estado civil, ocupación, índice de masa corporal, actividad física, consumo de sal, antecedentes del consumo de cigarrillo, familiares con hipertensión arterial y presión arterial.

Se utilizó un instrumento de recolección de datos con el formato formulario estructurado basado en la revisión de historias clínicas de los pacientes que asistieron al consultorio externo de Clínica Médica y Cardiología.

Se excluyeron aquellos con patologías asociadas neurológicas (Feocromocitoma), psiquiátricas (trastornos de la personalidad y psicosis) o metabólicas (hipertiroidismo), pacientes que no presenten historias clínicas completas o son ilegibles, que no asistieron al consultorio en el periodo de estudio. Los datos obtenidos fueron volcados a una matriz a fin de su procesamiento y análisis. Los resultados de las variables seleccionadas se expresaron en porcentajes e intervalo de confianza 95% para las variables cualitativas y frecuencias, promedio y desvío estándar para las cuantitativas por medio del programa estadístico Epidat y Excel. Se contó con el Aval de la Cátedra Metodología de la Investigación; también se solicitaron las autorizaciones pertinentes a la Institución de Salud y Servicios con visto positivo.

Se obtuvo el aval ético del Comité de Bioética de Ciencias de la Salud UNNE, así como también se cuenta con el acuerdo de Compromiso y Confidencialidad de los datos.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 95 pacientes, una vez obtenida la información de las historias clínicas de los mismos, se elaboró una matriz de datos para su correcta interpretación y análisis, abordando a los siguientes resultados.

Respecto a la variable sexo, se observó que poco más de la mitad correspondieron al sexo masculino con 52,13% y el 47,87% restante al femenino. En la variable edad, se obtuvo un promedio de 50,5 años \pm 10,7 con un IC 95% entre 48,3 y 52,7 edades. Un mínimo de 28 a un máximo de 75 años y una moda de 50 años.



Continuando con el nivel de formación de los pacientes se aprecia que el 45,26% presento primaria incompleta y el 32,63% secundaria completa, y con valores más bajos prosiguen secundaria incompleta 9,47%, primaria completa 4,21%, terciario completo e incompleto ambos con 3,16% y finalmente universitario completo 2,11%.

En relación al estado civil, el 43,16% de los pacientes eran casados y el 26,32% separados, el resto se distribuye en las categorías divorciados 9,47%, unión convivencial 8,42%, solteros 7,37% y viudos 5,26%.

En la distribución de las personas sobre ocupación, se encontró que el 38,95% eran desempleados, 22,11% empleados, ama de casa 21,05% y por último los jubilados con el 17,89%.

Según el cálculo del Índice de Masa Corporal de las 95 personas de la muestra se encontraban (al momento del registro) con sobrepeso 66,32%, luego 22,11% con peso normal, 10,53% de obesos y 1,05% de bajo peso.

Se pudo observar que el sobrepeso 66,32% tuvo una frecuencia alta, no así la obesidad 10,53%, los más afectados por el sobrepeso eran hombres (51%) más que mujeres (49%).

Relacionado a la actividad física el 5,79% no practicaban actividad física, y 44,21% si lo hacían.

Con respecto a los pacientes que practicaban ejercicios, realizaban caminata el 26,32%, bicicleta 11,58%, zumba 3,16% y levantamiento de pesas 3,16. En este grupo el promedio de tensión arterial fue de 140-159/90-99 HTA grado I. Respecto al grupo que no realizaba actividad física (55,79%) presentaban un promedio de tensión arterial de 160-179/100-19 HTA grado II.

Con respecto al consumo de sal, la consumían el 96,84%, y solo el 3,16% de los pacientes no lo hacía. A su vez se observó que el 52,63% agrega sal al preparar los alimentos y la sobrecargaba al consumirlo, el 38,95% ocupaban la sal solo en la preparación y el 8,42% restante no agregaba sal.

Con respecto al consumo de cigarrillos el 50,53% de los pacientes fumaban y el 49,47% restante que no lo hacían.

El 84,21% de los familiares tenían diagnóstico de HTA, y el 15,79% restante no.

Sobre las comorbilidades de los pacientes, más de la mitad de la muestra presentó como patología más frecuente a la Hipercolesterolemia con 78,95%, a la Diabetes Mellitus con un 36,84%, la Obesidad 17,89%, la Enfermedad Renal 38,95% y el Accidente Cerebro Vascular 27,37%.

Para finalizar se pudo observar que la Hipertensión Grado II (160-179/100-109 mmHg) fue la variante que más se presentó entre los pacientes con el 49,47%, seguido del grado I (140-159/90-99 mmHg) con 29,47% y grado III (>180/>110 mmHg) 20%, cerca del rango de la normalidad (130-139/85-89 mmHg) solo estuvieron el 1,05%.

Estos resultados reflejan la necesidad de programas de pesquisa, control y seguimiento de la hipertensión arterial desde la prevención y la puesta en marcha de estrategias de promoción de la salud a través de charlas educativas, orientados a producir cambios de conducta alimentaria y de hábitos de vida.

DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación fue realizado con el propósito de describir las características sociodemográficas y los hábitos de vida en pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron en el Consultorio Externo de Clínica Médica y Cardiología de un Hospital Público, durante el año 2019.

En los resultados obtenidos se puede apreciar que el promedio de edad de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (n95) fue de 50,5 años \pm 10,7 con un IC 95% entre 48,3 y 52,7 coincidiendo con la revista científica "The Lancet"² que refiere que la HTA es un trastorno frecuente



relacionado con la edad.² Acordando también con López Acedo y Flores Morgado³ que mencionan que la frecuencia de Hipertensión aumenta de manera exponencial con la edad, a partir de los cincuenta años, lo cual, unido al aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados, hace que se convierta en un problema sanitario de primera magnitud.

Se observó prevalencia en la frecuencia de hombres y mujeres con hipertensión arterial concordando con Yanes DG d'Empaire⁶ que refiere que en niñez parece no haber diferencias en los niveles tensionales entre sexos, pero a partir de la adolescencia los hombres tienden a un nivel más alto que las mujeres, según sexo no coinciden con Lillo CÁ¹⁰, en su estudio de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial donde trabajó con una muestra de 86 individuos, con edades comprendidas entre los 15 y los 85 años, 53 mujeres y 33 hombres, resultaron ser hipertensos el 42% observándose en este último mayor población hipertensa femenina.

La población en estudio tuvo un porcentaje alto de comorbilidades como hipercolesterolemia (78,95%), diabetes mellitus (36,84%), enfermedad renal (38,95%), obesidad (17,89%) y accidente cerebro vascular (27,37%), alineándose al artículo científico The Lancet² que refiere que esta patología a menudo conlleva complicaciones cardiovasculares y renales debilitantes.

De las personas de la muestra se evidenció que a mayor índice de masa corporal más elevada es la presión arterial, coincidiendo con G. Coll de Tueroa⁷ que refiere el riesgo de hipertensión aumenta progresivamente al aumentar el peso corporal o el Índice de Masa Corporal (IMC).

Se pudo observar que el sobrepeso (67%) tuvo una frecuencia alta, no así la obesidad (13%), los más afectados por el sobrepeso eran los hombres con un 51%, coincidiendo con Yanes DG d'Empaire⁶, que refiere que la HTA afecta a hombres con sobrepeso, mientras que en mujeres llega a ser más prevalente cuando alcanzan el rango de obesidad.

Con respecto al consumo de cigarrillos el 50,53% la mitad de la muestra, fumaba y el 49,47% restante no lo hacían. Aquellos pacientes que no fumaban, tuvieron un 45% de hipertensión grado I y II; los pacientes que si tenían el hábito eran el 55% de hipertensión grado III y IV, esto coincide con Lillo CÁ¹⁰ donde afirma que la reducción del hábito de fumar es la medida preventiva cardiovascular más importante. El fumar produce un aumento transitorio de la PA (15 min.), probablemente por estimulación simpática central, con aumento de catecolaminas.¹⁰

Un 44,21% de la población que realizaban actividad física (42 personas) tenían una presión arterial entre 140-159/90-99 HTA grado I, por otra parte los que no realizaban ninguna actividad 55,79% (54 personas) del grupo en estudio presentaron cifras entre 160-179/100-119 HTA grado II, observando que en el grupo que realizaba actividad física se encontraban con diagnóstico de hipertensión arterial grado II y III coincidiendo con Morel V¹¹ que refiere que refiere que las personas son sedentarias. Por causa de la inactividad aparecen los riesgos de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis y la depresión.

Se observó el consumo de sal en los alimentos y la sobrecarga al consumirlo (52,63%), como así también poca actividad física (55,79%) y porcentaje considerables de hipercolesterolemia (78,95%), diabetes mellitus (36,84%), enfermedades renales (38,95%), obesidad (17,89%) y ACV (27,37%), estos datos coinciden con Lillo CÁ¹⁰, que menciona que los estilos de vida que incluyen hábitos alimentarios, de actividad física y hábitos tóxicos ocupan un lugar importante en la salud humana. Cuando estos son inadecuados constituyen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, que incluye la hipertensión arterial (HTA), y otras, endocrinas, como la diabetes mellitus y la obesidad entre otras.



CONCLUSIÓN

En el estudio realizado se detectaron prevalencias elevadas de sobrepeso, obesidad, consumo de sal, así como también hábitos nocivos y de tipo sedentario. Estos resultados estarían indicando la necesidad de implementar programas de pesquisa, control y seguimiento de la hipertensión arterial, principalmente, desde la prevención y la puesta en marcha de estrategias pertinentes de promoción de la salud a través de programas de educación nutricional, orientados a producir cambios de conducta alimentaria y de hábitos de vida que promuevan una alimentación saludable a través del consumo de una dieta equilibrada y del ejercicio físico.

Además, la edad y el sexo, el sobrepeso, el tabaco, y la falta de actividad física, ayudan directamente a subir la presión arterial, por lo que la recomendación de mantener hábitos de vida saludables se ha convertido en la piedra angular de los programas de prevención de la hipertensión arterial, en la Ciudad de Corrientes.

Agradecimientos

Agradezco al Sr. Director del Hospital Escuela Gral. José Francisco de San Martín de la Ciudad de Corrientes, Dr. González Nadal, Salvador; A la Sra. Jefa del Departamento de Enfermería Lic. Vallejos, Susana; Sr. Director Asociado del Área de Docencia e Investigación Dr. Pagno, M. y Sr. Jefe de Consultorio Externo Lic. Rodríguez, Diego J. por permitirme realizar esta investigación en dicha institución.

Un agradecimiento muy especial a mí asesor de contenido Lic. Rodríguez, Diego J., a docentes de la cátedra de Metodología de la investigación por su guía y paciencia en esta investigación, por su valioso tiempo y esfuerzo por que sin ellos no sería posible.

Conflictos de interés

El autor no declara conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Espinosa Garcíaa NMCALRDFBG. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. *Med Fam Semer*. 2012;38(5):292-300 (citado 19 Agosto 2020).
2. Esencial H. No Title. *Lancet* [Internet]. 2003;361:1629-41. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673603133028>
3. Antonio López Acedo , María Teresa Flores Morgado MICF. Hipertensión Arterial. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 6. 2006;(84-95872-75-7):1-54. (citado 19 de Agosto 2020) Disponible en: [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Hipertensión Arterial.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Hipertension%20Arterial.pdf)
4. Filippini F. CLÍNICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Clínica la Hipertens Arter Diagnóstico la Hipertens Arter [Internet]. 2015;2:416-8. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: <http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.087.pdf>
5. MSc. Raquel González Sánchez, I MSc. René Llapur Milián, I MSc. Mercedes Díaz Cuesta, II Lic. María del Rosario Illa Cos, II Dra. Estela Yee López ILDPB. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Rev Cuba Pediatr* [Internet]. 2015;87(3):273-84. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75312015000300003
6. Yanes DG d'Empaire. Prevalencia de hipertensión arterial y dislipidemias en adultos del páramo del Estado Mérida y su relación con obesidad. Resultados preliminares del estudio VEMSOLS. *Rev Venez Cardiol* [Internet]. 2011;31(3):1-104. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: http://svcardiologia.org/es/images/documents/Avance_Cardiologico/2011/AC_31_283_29_2011.pdf#page=18
7. G. Coll de Tueroaa NSM. Modificaciones del estilo de vida en pacientes hipertensos. *Atención Primaria* [Internet]. 1998;22(9):1023-38. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-modificaciones-del-estilo-vida-pacientes-14975>



8. Padiá DLR. Hipertensión arterial (I). Serv Cardiol Hosp Virgen la Salud Toledo [Internet]. 2003;5:1-63. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: <http://castellanacardio.es/wp-content/uploads/2010/11/hipertension-arterial-I.pdf>
9. Samuel Durán A., Marcela Castillo A. FV del R. DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE DIFERENTE AÑO DE INGRESO DEL CAMPUS ANTUMAPU. Rev Chil Nutr. 2009;36(3):200-2009. (citado 19 Agosto 2020)
10. Lillo CÁ. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: IMPORTANCIA DE SU PREVENCIÓN. Fac Farm Univ Complut [Internet]. 2015;2:1-20. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARIA DEL CARMEN AVILA LILLO.pdf>
11. Morel V. Ejercicio y el Adulto Mayor. LA Hipertens [Internet]. 2009;2:1-24. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: <http://www.meddir.net/ejercicioyeladultomayor.htm>

Datos de autor

Título:

“Características sociodemográficas y hábitos de vida de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2019”.

Autores:

Nerina Aldana Ojeda 1*

Lucía I. Sánchez 2

Diego J. Rodríguez 3

1. Enfermera en Hospital Escuela Gral. José Francisco de San Martín Corrientes. C.P. 3400 *
Neryna_ojeda@hotmail.com
2. Prof. Adjunta. Cátedra Metodología de la Investigación en Enfermería. Carrera de Licenciatura en Enfermería. Facultad de Medicina. UNNE
3. Lic. de Enfermería en Hospital Escuela Gral. José Francisco de San Martín Corrientes. C.P 3400