

- [citado: 25/06/2018];4(1):46-8. Disponible en:
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rfmh_urp/v04_n1/a12.htm
20. Cruz M Edgardo. Conferencia Héctor Orrego Puelma 2005: Ancestros de la Neumología. Rev. chil.enferm. respir. 2006 Mar [citado: 2022 abr 26]; 22(1):37-44. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482006000100006&lng=es.
 21. Farga C V. La conquista de la tuberculosis. Rev. chil. enferm. respir. 2004. Abr [citado:2022 Abr 8] ; 20(2): 101-108. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482004000200009&lng=es.
 22. Álvarez-Cabrera Nadine, Fernández-Castillo Sonsire, Serpa-Almaguer Daymí, Serrano-Hernández Daily, Zayas-Vignier Caridad, Cabrera-Arias Rubén
 23. Adonis et al . Avances en la caracterización de un proteoliposoma derivado de Mycobacterium bovis BCG como candidato vacunal contra la tuberculosis.Vaccimonitor.2014. Dic [citado: 2022 Abr 30];23(3):110-116. Disponible en:
https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02
 24. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: a short update to the 2009 report.2009 [citado: 24/04/2022].Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44>

FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN CONSULTORIO MÉDICO DE LA FAMILIA 4 EN GUANABACOA.

FACTORS OF RISK IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN MEDICAL DISPENSARY OF FAMILY 4 IN GUANABACOA.

Autores:

1. Dra. Isabel Reyes Rodríguez Especialista I Grado Medicina General Integral. Profesora Auxiliar Policlínico Docente "Julio A Mella". Ciudad Habana, Cuba. Correo isabel.reyes@infomed.sld.cu .<https://orcid.org/0000-0002-9755-3976>.
2. Dra. Marta Alvares Saez. MsC Especialista Higiene y Epidemiología. Profesora Auxiliar. Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. Guanabacoa. Correo edief@infomed.sld.cu <https://orcid.org/0000-0001-8491-9521>. La Habana, Cuba.
3. Dra. Migdalia Abreu Díaz. MsC Especialista I Grado Medicina General Integral. Profesora Asistente. Máster en Atención Integral a la Mujer. Policlínico Docente "Julio A Mella". Correo migdaliaabreu@infomed.sld.cu. <https://orcid.org/0000-0002-5459-9704>, La Habana, Cuba.
4. Dr. Carlos Alberto Palman Cuesta, Especialista I Grado Medicina General Integral. Policlínico Docente "Julio A Mella". La Habana, Cuba. Correo: carlosapc@infomed.sld.cu. <https://orcid.org/0000-0001-7672-4257>

5. Dra. Betsy Zujeiler Pentón Bassa. Especialista I Grado Medicina General Integral y en Angiología y cirugía vascular. Profesora Asistente. Dirección Municipal de Salud. Guanabacoa. Correo bzbpassa@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5661-9417>, La Habana, Cuba..

RESUMEN

Introducción: La HTA es atribuible a una etiología multifactorial en la que influyen de manera importante los llamados factores de riesgo, los cuales pueden ser modificables y no modificables. **Objetivo:** Caracterizar los factores de riesgo asociados a la HTA. **Diseño metodológico:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte longitudinal en el CMF # 4, Policlínico Julio Antonio Mella. Guanabacoa en el periodo mayo de 2021 a abril de 2022. **Resultados:** El 27.1% tenía 70 años o más. El 55.6% eran femeninos. El 53.7% tenía apariencia racial negra. El 66.6% tenía antecedentes familiares de HTA. El 64.1% era fumador, el 35% llevaba fumando entre 10 y 14 años, el 7.4% era exfumador y el 48.1% de ellos, lo había hecho por 15 años y más. El 67.7% era sedentario, el 49.6% tenía un índice de masa corporal que lo clasificaba de sobrepeso, el 52.6% tenía una circunferencia de cintura aumentada. El consumo de grasa excesivo, la dieta rica en azúcares y el consumo de sal excesivo se observó en el 43.9%, 29.6% y 45.8%, respectivamente. El 23.8% consumía alcohol de manera excesiva. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes tenían factores de riesgo modificables y no modificables de HTA, los que más se asociaron a la prevalencia de HTA fueron la edad avanzada, la apariencia racial negra y los antecedentes familiares de HTA y entre los segundos el hábito de fumar, el tiempo prolongado del mismo, el sedentarismo, el sobrepeso y obesidad.

Palabras clave: Presión Arterial (PA), Normotenso, Prevalencia (P), Incidencia, Morbilidad

SUMMARY

Introduction: the HTA is attributable to an etiologic multifactorial in the one that influence in an important way the calls factors of risk, which can be amendable and not amendable. **Objective:** to characterize the factors of risk associated to the HTA. **I design methodological:** she was carried out an observational, descriptive, prospective study and of longitudinal court in the CMF #4, Polyclinic Julio Antonio Dents. Guanabacoa in the period May of 2021 to April of 2022. **Results:** 27.1% was 70 years old or more. 55.6% was feminine. 53.7% had appearance racial quarter note. 66.6% had family antecedents of HTA. 64.1% was smoking, 35% took smoking between 10 and 14 years, 7.4% was exfumador and 48.1% of them, she had made it for 15 years and more. 67.7% was sedentary, 49.6% had an index of corporal mass that classified it of overweight, 52.6% he/she had a circumference of increased waist. The excessive consumption of fat, the rich diet in sugars and the excessive consumption of salt was observed in 43.9%, 29.6% and 45.8%, respectively. 23.8% consumed alcohol in an excessive way. 27.4%. **Conclusions:** Most of the patients had amendable and not amendable factors of risk of HTA, those that more they associated to the prevalence of HTA they were the advanced age, the appearance racial quarter note and the family antecedents of HTA and among the seconds the habit of smoking, the lingering time of the same one, the sedentarismo, the sobrepeso and obesidad.

Words key: Arterial pressure (PA), Normotenso, Prevalencia (P), Incidence, Morbilidad

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las afecciones de la salud de los individuos adultos en las poblaciones de todo el mundo. Resultan uno de los factores predisponente más importantes de aparición temprana, cuya gravedad afecta directamente la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Ella representa por sí misma una enfermedad y también un importante factor de riesgo para otras enfermedades crónicas no transmisibles que causan daño vascular.ⁱ

Su prevalencia ha aumentado significativamente en todas las latitudes, lo cual se explica en parte por los nuevos valores tensionales que en la actualidad se aceptan. También varía de un lugar a otro, y dicha variabilidad está en dependencia de las particularidades genéticas y ambientales que caracterizan cada región.^{ii,iii}

La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo, y especialmente abrumador en los países de bajos y medianos ingresos.

En términos generales, la prevalencia de la HTA se sitúa alrededor de un 30-45% de la población general, afectando cerca de un billón de personas en el mundo con un marcado aumento a edades más avanzadas.^{iv} En América del Norte, específicamente en Estados Unidos, se estiman 50 millones de pacientes hipertensos, y se informa de unas 60 000 muertes anuales directamente provocadas por la misma. En dicho país la prevalencia oscila entre el 30 y el 37.9%, es un poco mayor en el hombre que en la mujer, y los afroestadounidenses tienen una prevalencia e incidencia mayores en comparación con sectores de la población blanca.^v

En Latinoamérica,^{vi} el 13% de las muertes y el 5.1% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) pueden ser atribuidos a la hipertensión. La prevalencia ajustada para la edad de la hipertensión en la población adulta general en diferentes países de Latinoamérica (encuestas nacionales o muestreos sistemáticos aleatorizados) varía entre el 26 al 42%.

En el año 2020 en Cuba, la tasa de prevalencia de hipertensión arterial fue de 230.2 x 1000 habitantes, siendo el sexo más afectado el femenino con una tasa de 249.3 por 1000 habitantes. En La Habana, la tasa para ese mismo año fue de 251.9, estando por encima de la media nacional y siendo la más alta del país.^{vii}

La HTA es atribuible a una etiología multifactorial en la que influyen de manera importante los llamados factores de riesgo. Desde una perspectiva epidemiológica, un "factor de riesgo" es una característica o una manifestación de una persona o población que aparece en las fases precoces de la vida y que se asocia a un aumento del riesgo de desarrollo futuro de una enfermedad. El factor de riesgo de interés puede ser un comportamiento adquirido (por ejemplo, el tabaquismo), un rasgo hereditario (por ejemplo, una hiperlipidemia familiar), o una determinación analítica (por ejemplo, la concentración de colesterol o de proteína C reactiva en la sangre). Para que un factor de riesgo sea causal, el marcador de interés debe ser previo al comienzo de la enfermedad y debe existir verosimilitud biológica.^{viii}

La Hipertensión Arterial, es una silenciosa causa de muerte de la población a nivel mundial, sugiere a la salud pública un enfoque de tratamiento

multidisciplinario, en donde, se enmarque la prevención y promoción de estilos de vida saludables como la base de la recuperación de la salud. Los factores de riesgo como el tabaquismo, consumo de alcohol, inadecuada alimentación caracterizada por el excesivo consumo de grasas saturadas y alimentos altos en energía contribuyen al aumento de sobrepeso y obesidad que junto al sedentarismo conllevan al deterioro de la salud y consecuentemente a la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas la hipertensión arterial, propias de las ciudades modernas del siglo XXI. En los pacientes que acuden al Consultorio del Médico de la Familia (CMF) número 4 del área de salud Guanabacoa, Policlínico Julio Antonio Mella; con cifras de TA elevadas, se ha detectado una alta prevalencia de factores de riesgo asociados a la HTA, el conocimiento de los mismos para implementar medidas para su disminución tanto en estos pacientes como en los que no padecen la enfermedad ha constituido la motivación para realizar este estudio.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte longitudinal en pacientes hipertensos, atendidos en el CMF # 4 del área de salud Guanabacoa, Policlínico Julio Antonio Mella en el periodo de mayo de 2021 a abril de 2022.

Universo

El mismo quedó conformado por 1431 pacientes atendidos en el CMF # 4 del área de salud Guanabacoa, Policlínico Julio Antonio Mella en el periodo de mayo de 2021 a abril de 2022.

Muestra

La misma fue no probabilística y de serie de casos y quedó constituida por 365 pacientes hipertensos atendidos en el lugar y periodo antes mencionado.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 20 años, ambos sexo, consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes gestantes.

Criterios de salida

- Pacientes a los que no se les pudieron realizar todos los exámenes necesarios para completar el estudio.

Técnicas y procedimientos

Técnicas de obtención de la información

La fuente de información fue el Análisis de la Situación de Salud y la planilla de recolección de datos en la cual se archivó toda la información general relacionada con el estudio.

- Consentimiento informado (Anexo 1).
- Planilla de recolección de datos de los pacientes incluidos (Anexo 2).

La investigadora principal fue la responsable del llenado de la documentación a lo largo de todo el estudio, con el máximo de calidad y fidelidad de la información. Toda la información fue revisada y clasificada para ser sometida después a las distintas etapas de análisis estadísticos.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

El procesamiento de la información se realizó por la investigadora. Con la información acopiada se confeccionó una base de datos en formato Excel de la Microsoft Office versión XP, la que posteriormente se exportó al sistema SPSS versión 20.0 para su análisis.

Análisis estadístico

No se efectuaron análisis estadísticos intermedios, solamente el correspondiente al final del estudio.

Las variables en estudio se expresaron según sus respectivas medidas de resumen: media y desviación estándar para las cuantitativas; números y por cientos para las cualitativas.

Para identificar la asociación de las variables se utilizó el test Ji Cuadrado de independencia y los coeficientes de correlación (Pearson, Spearman) según correspondían al tipo de variable para estimar la intensidad de la posible relación.

Se utilizó la prueba t para comparación de medias en las variables cuantitativas.

Para estimar el peso del posible factor de riesgo se utilizó el método de OddsRatio (OR). En todos los casos se trabajó para un nivel de confianza del 95%, prefijándose una zona crítica o de rechazo de 0.05, en relación con el valor de probabilidades p. Es decir, a $p < 0,05$, existió significación estadística.

La información luego de ser procesada se expresó en forma gráfica o tabular para su mejor comprensión.

Técnicas de discusión y síntesis

Se expusieron los resultados y se procedió a compararlos con la literatura existente: ensayos clínicos o estudios descriptivos o de otro tipo publicados. Se discutieron los hallazgos en base a los objetivos planteados. Finalmente se verificaron las coincidencias y las contradicciones entre el presente estudio y otros revisados y se arribó a conclusiones.

Procedimientos

A todos los pacientes hipertensos que acudieron al CMF # 4 del área de salud Guanabacoa, Policlínico Julio Antonio Mella en el tiempo de estudio, se les realizó un interrogatorio y un examen físico dirigido por la autora de esta investigación que incluyó el pesaje de los mismos para lo cual se utilizó una pesa rotulada apto para el uso por la especialidad de metrología y el tallaje (con el tallímetro de la pesa) en cm, con el paciente de pie y de espalda al mismo, talones unidos y cuello extendido y se calculó el IMC según la fórmula de Quetelet (Kg/m^2).

RESULTADOS

Al analizar la edad el 27.1% (n=99) tenía 70 años y más y el 24.3% (n=89) entre 60 y 69 años. El OR (riesgo relativo) indica que los pacientes de mayor edad, tienen una probabilidad 1.32 (IC 95% 0.74-3.86) veces mayor de tener HTA. Según el sexo, 162 (44.4%) pacientes eran masculinos y 203 (55.6%), femeninos. El color de la piel mostró que 196 (53.7%) pacientes eran negros, para un OR de 1.30 (0.68-3.59). Los resultados fueron significativos para la edad y la raza, **tabla 1**.

Tabla 1. Factores de riesgo no modificables (edad, sexo y apariencia racial) asociados a la HTA. .

Variables	No.	%	OR (IC 95%)	p
Edad				
20-29	21	5.8	1.32 (0.74-3.86)	0.003*
30-39	28	7.7		
40-49	51	13.9		

50-59	77	21.4		
60-69	89	24.3		
70 y más	99	27.1		
Total	365	100		
Sexo				
Masculino	162	44.4	0.91 (0.40-2.76)	0.699
Femenino	203	55.6		
Total	365	100		
Apariencia racial				
Blanca	65	17.8	1.30 (0.68-3.59)	0.003*
Negra	196	53.7		
Mestiza	104	28.5		
Total	365	100		

Fuente. Planillas de recolección de datos. OR: Oddsratio; IC: Intervalo de confianza.

*Asociación significativa en el análisis univariado (prueba Ji cuadrado).

Un total de 243 hipertensos, lo que representó el 66.6%, tenía antecedentes familiares de HTA, mientras que los 122 restantes, o sea el 33.4% no tenía este antecedentes, para un OR de 2.3 (IC 95% 0.99-5.56), resultados estadísticamente significativos, **tabla 2**.

Tabla 2. Factores de riesgo no modificables (APF de HTA) asociados a la HTA.

APF de HTA	No.	%	OR (IC 95%)	p
Sí	243	66.6	2.30 (0.99-5.56)	0.000*
No	122	34.4		
Total	365	100		

Fuente. Planillas de recolección de datos. OR: Oddsratio; IC: Intervalo de confianza.

*Asociación significativa en el análisis univariado (prueba Ji cuadrado).

La asociación del hábito de fumar con la HTA se expone en la **tabla 3**, observándose que el 64.1% (n=234) fumaban, mientras que el 35.9% (n=131) no lo hacían, para un OR de 1.72 (IC 95% 1.02-4.21), entre los fumadores, el 35% (n=82) llevaba entre 10 y 14 años con este hábito, lo que representó un OR de 3.24 (IC 95% 1.45-8.54), el 7.4% (n=27) eran exfumadores y de ellos, el 48.1% (n=13), había fumado por 15 años o más, tanto el hábito de fumar, como el tiempo que llevaban los pacientes fumando presentaron significación cuando se analizaron estadísticamente.

Tabla 3. Factores de riesgo modificables (hábito de fumar) asociados a la HTA.

Variables	No.	%	OR (IC 95%)	p
Fumador				
Sí	234	64.1	1.72 (1.02-4.21)	0.000*
No	131	35.9		
Total	365	100		
Tiempo fumando (años)				
Menos de 5	30	12.8	3.24	0.040*

Entre 5-9	46	19.7	(1.45-8.54)	
Entre 10-14	82	35.0		
15 y más	76	32.5		
Total	234	100		
Exfumador	27	7.4		
Tiempo fumando (años)				
Menos de 5	-	-	-	-
Entre 5-9	5	18.5		
Entre 10-14	9	33.3		
15 y más	13	48.1		
Total	27	100		

Fuente. Planillas de recolección de datos. OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza.

*Asociación significativa en el análisis univariado (prueba Ji cuadrado).

Al evaluar la actividad física, **tabla 4**, se vio que 247 (67.7%) pacientes tenía un estilo de vida sedentario, para un OR de 1.75 (IC 95% 1.08-4.52). Según el IMC, 5 (1.4%) casos estaban desnutridos, 150 (41.1%) normopeso, 181 (49.6%) sobrepeso y 29 (7.9%) obesos, para un OR de 1.80 (IC 95% 1.13-4.61). La circunferencia abdominal estaba aumentada en 91 (52.6%) hipertensos, OR 0.34 (IC 95% 0.00-0.75). La estadística fue significativa para los dos primeros factores.

Tabla 4. Factores de riesgo modificables (actividad física, IMC y CA) asociados a la HTA.

Variables	No.	%	OR (IC 95%)	p
Sedentarismo				
Sí	247	67.7	1.75 (1.08-4.52)	0.000*
No	118	32.3		
Total	365	100		
IMC (Kg/m²)				
Desnutrido	5	1.4	1.80 (1.13-4.61)	0.000*
Normopeso	150	41.1		
Sobrepeso	181	49.6		
Obeso	29	7.9		
Total	365	100		
Circunferencia abdominal				
Aumentada	192	52.6	0.34 (0.10-1.21)	0.729
Normal	173	47.4		
Total	365	100		

Fuente. Planilla de recolección de datos OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza.

*Asociación significativa en el análisis univariado (prueba Ji cuadrado).

En cuanto a los hábitos dietéticos, el 43.9% (n=159) consumían grasa excesivamente en su dieta, OR de 0.89 (IC 95% 0.34-2.66), el 29.6% (n=108) tenían una dieta rica en azúcares, OR de 0.31 (IC 95% 0.26-1.41) y el 45.8% (n=167) tenían un alto consumo de sal en la dieta, OR de 0.31 (IC 95% 0.29-

2.51), ninguno de estos resultados presentó significación cuando se analizaron estadísticamente, **tabla 5**.

Tabla 5. Factores de riesgo modificables (hábitos dietéticos) asociados a la HTA.

<i>Variables</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>OR (IC 95%)</i>	<i>p</i>
Consumo excesivo de grasa				
Sí	159	43.9	0.89 (0.34-2.66)	0.708
No	206	56.4		
<i>Total</i>	365	100		
Consumo de dietas ricas en azúcares				
Sí	108	29.6	0.31 (0.26-1.41)	0.349
No	257	70.4		
<i>Total</i>	365	100		
Consumo excesivo de sal				
Sí	167	45.8	0.81 (0.29-2.51)	0.678
No	198	54.2		
<i>Total</i>	365	100		

Fuente. Planilla de recolección de datos. OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza.

*Asociación significativa en el análisis univariado (prueba Ji cuadrado).

DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es un importante problema médico y de salud pública. La prevalencia de la enfermedad se incrementa conforme avanza la edad, hasta el punto que más de la mitad de las personas entre 60 y 69 años, y aproximadamente tres cuartos de los mayores de 70 años están afectados, esto posiblemente sea causado por la pérdida de flexibilidad de las arterias de modo que no pueden expandirse cuando el corazón bombea sangre a través de ellas. La tensión arterial sistólica es el primer responsable del incremento de la incidencia y prevalencia de la hipertensión arterial al aumentar la edad. Datos del estudio Framingham.⁵ Error! Bookmark not defined. Sugieren que individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA. Los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir HTA que las mujeres, sin embargo, después de la menopausia el riesgo se iguala en ambos sexos. ^{ix} Se ha demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia de HTA, lo que se observa en este estudio, aunque actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias, sin embargo, en la mayoría de los estudios revisado, no se estudió esta variables.

En un estudio en un consultorio en Santiago de Cuba, ^x del total de pacientes estudiados fueron diagnosticados 15 hipertensos, para una incidencia de 2.6%, de los cuales las dos terceras partes pertenecían a los grupos etarios de 35 a 44 y de 55 a 64 años (33.3% en cada intervalo); igualmente se halló un ligero predominio del sexo femenino (53.3%), así como de los pacientes de piel negra (53.3%) y mestizos (26.7%), lo cual es característico de la comunidad donde se realiza la investigación. Respecto a las variables demográficas, Petermann et al ^{xi} determinaron que las mujeres presentaron un menor riesgo de desarrollar HTA que los hombres (OR: 0.69 [95% IC: 0.59 a 0.81], p <0.0001). Al realizar el análisis por sexo, se determinó que tanto en hombres como en mujeres el riesgo era mayor en personas mayores de 25 años. De 408 adultos evaluados

por Trindade et al^{xiii} la mayoría eran del sexo femenino (68.63%), la prevalencia de hipertensión fue de 23.03%, siendo mayor entre las mujeres (24.64%) que entre los hombres (19.53%), pero sin diferencia significativa entre los sexos. El promedio de edad fue de 39.9±12 años, siendo que 47.71% de los individuos estaban en el intervalo de edad entre 50 y 59 años. Orellana Cobos et al^{xiii} reportaron una prevalencia de hipertensión arterial de 38.40% con un predominio de hombres (54.26%) en relación a las mujeres (45.74%). Por otra parte, del total de pacientes (n=8900) en los cuales Gaviria et al^{xiv} estudiaron los factores de riesgo de HTA, el 73.3% (n=6 523) correspondieron al sexo femenino y el 26.7% (n=2 377) al masculino. La edad promedio de los casos fue de 62.91 años ±13.09 (rango de 15.4 a 98.2 años), correspondiendo al grupo de <50 años el 17.3% (n=1 541), al de 50 a 59 años, el 23.7%(n=2 111), al de 60 a 69 años, el 26.7% (n=2373), al de 70 a 79 años, el 22.3% (n=1986) y al de 80 años y más, el 10.0% (n=889), resultados similares a los de esta investigación. Cuando López et al^{xv} analizaron los factores de riesgo de HTA, reportan que según el sexo, encontraron un 9.20% (448 casos) para el sexo femenino en relación a un 5.2% (275 casos) del masculino, en cuanto a la edad, encontraron una mayor cantidad de hipertensos a medida que aumentaba la edad, correspondiendo al grupo de los 70 y más años el 26.07%, seguido por el de 60 a 69 con 25.36%.

En lo que respecta a factores de riesgo no modificables de HTA, Acevedo et al^{xvi} tuvieron en cuenta la presencia de antecedentes familiares, del total de estudiantes encuestados, 102 (46%) la presentaban, resultados inferiores a los de este estudio. De los 150 pacientes con factores de riesgo cardiovasculares estudiados por Fadini Reis Brunori et al^{xvii} un total de 91, el 60.7% tenía antecedentes familiares de enfermedad de la arteria coronaria y 106, el 70.7% de hipertensión arterial, lo que significa que los familiares de un mismo paciente presentaban más de una enfermedad cardiovascular, resultados similares a los de esta investigación. Patiño Villada et al^{xviii} estudiaron los factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia, al evaluar la variable antecedentes familiares de HTA encontraron que un total de 81 pacientes, el 22.7% (IC 95%: 18; 27) refirieron la presencia de la misma en el padre o la madre, distribuyéndose en 57, el 26.5% (IC 95%: 21; 32) entre las mujeres y 24, el 19.6% (IC 95%:13; 26) entre los hombres, resultados inferiores a los de este trabajo.

CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo no modificables que se asociaron de manera significativa a la prevalencia de HTA fueron la edad avanzada, la raza negra y los antecedentes familiares de hipertensión arterial.
- Los factores de riesgo modificables que se asociaron significativamente a la prevalencia de HTA fueron el hábito de fumar independientemente del tiempo y el hábito de fumar por más de 10 años, el sedentarismo y el sobrepeso/obesidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2017; 10-6.

2. Álvarez AS, Colectivo de autores. Medicina General Integral. Principales afecciones del contexto familiar y social. 2da Edición, La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2008; 87.
3. Roca GR, Smith VR, Paz EP, et al. Temas de Medicina Interna. 4ta Edición, La Habana: Editorial Ciencias Médicas La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2004: 233–45.
4. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens* 2017; 27:963–75.
5. Vasan RS, Larsón MG, Leip EP, Kannel WB, Levi D. Assessment of frequency of progression to hypertension hypertensive participants in the Framingham heart study: a cohort study. *Lancet* 2003; 289:2560-72.
6. Ayala M, Velásquez C, Burlando G, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial 2019; 29:117-44.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2020. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. 2021.
8. Damonte de Elía A. La hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Sociedad de Hipertensión Arterial de Rosario* 2001:16-7.
9. Figueroa López, CG. Factores de riesgo de la Hipertensión Arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios en la Universidad de Murcia. *Revista Científica de América Latina y el Caribe* 2016; 22(2):169-171.
10. Cremé Lobaina E, Alvarez Cortés JT, Selva Capdesuñer A, Deulofeu Betancourt B, Blanco Álvarez A. Pesquisa de hipertensión arterial en una población mayor de 15 años de un consultorio médico de Santiago de Cuba. *MEDISAN* 2017; 21(4):407.
11. Petermann F, Durán E, Labraña AM, Martínez MA, Leiva AM, Garrido Méndez A, et al. Factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión arterial en Chile. *Rev. Med Chile* 2017; 145:996-1004.
12. Trindade Radovanovic CA, Alfonso dos Santos L, Barros Carvalho MD, Silva Marcon S. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2015; 22(4):547-53.
13. Orellana Cobos DF, Chacón Abril KL, Quizhpi Lazo JM, Álvarez Serrano ME. Prevalencia de hipertensión arterial, falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores asociados en pacientes de los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. *Rev. Med HJCA* 2016; 8(3):252-258.
14. Gaviria JA, González Moreno GM, Echeverry Ramírez SC, Echeverry Roche G, Salcedo PH, Rivas DF, et al. Caracterización de los pacientes en una consulta de hipertensión arterial de Dosquebradas, Risaralda, Colombia, 2008-2012. *GacMéd Caracas* 2014; 122(1):17-24.
15. López LR, Izquierdo M, Cabrera Prado A, Laso Sánchez O, Acanda Romero L. Hipertensión arterial. Algunas características clínico epidemiológicas. Disponible en: www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl305/tl305.pdf. Revisado junio 2018.
16. Acevedo PC, Escotorín JM, Ebel SM. Factores de riesgo cardiovasculares en estudiantes de nivel terciario. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* 2014; 179:1-4.
17. Fadini Reis Brunori EH, Takáo Lopes C, Ruiz Zimmer Cavalcante AM, Batista Santos V, de Lima Lopes J, BotturaLeite de Barros AL. Asociación de

factores de riesgo cardiovasculares con las diferentes presentaciones del síndrome coronario agudo. Rev. Latino-Am Enfermagem 2014; 22(4):538-46.

18. Patiño Villada FA, Arango Vélez EF, Quintero Velásquez MA, Arenas Sosa MM. Factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia. Rev. Salud Pública 2013; 13(3):433-445.

EFICACIA DE LA ACUPUNTURA EN EL ALIVIO DEL DOLOR EN EL VARICOCELE NO QUIRÚRGICO.

EFFECTIVENESS OF THE ACUPUNCTURE IN RELIEVING PAIN IN NON-SURGICAL VARICOCELE

Autores:

1. Marielys Grillo Martín, Doctora en Medicina. Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Guanabacoa. La Habana, Cuba. email: marielysgm@infomed.sld.cu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6065-989X>
2. Kleria Duperval-Peña, Doctora en Medicina. Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista Primer Grado en Higiene, Epidemiología y Microbiología. Profesor Asistente. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba. email: kleria@infomed.sld.cu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7021-515X>
3. Sergio González-García, Dr.C. Licenciado en Bioquímica. Investigador Titular. Profesor Titular. Facultad de Ciencias Médicas Miguel Enríquez. La Habana, Cuba. email: vdfcme@infomed.sld.cu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2359-9656>
4. Migdalia Abreu Díaz, MSc. Doctora en Medicina. Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Guanabacoa. La Habana, Cuba. email: migdaliaabreu@infomed.sld.cu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5459-9704>
5. Yairys Cárdenas Rivero, Doctora en Medicina. Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Docente Julio Antonio Mella. La Habana, Cuba. email: yairyiscard@infomed.sld.cu ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4447-8324>
6. Belkis Lois Sarabia. Doctora en Medicina. Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Policlínico Docente Julio Antonio Mella. La Habana, Cuba. email: remiram@infomed.sld.cu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8116-72>

RESUMEN

Introducción. El varicocele es una enfermedad crónica y progresiva, caracterizada por la dilatación varicosa del plexo venoso pampiniforme y uno de sus síntomas más apremiantes es el dolor testicular. En la mayoría de los casos se indica el tratamiento conservador y en ocasiones la remisión del dolor puede ser nula. La aplicación de la acupuntura en pacientes con varicocele ha