

Pluralidad disyuntiva de causas en la hipertensión arterial en la comunidad Embarcadero de Morón

Yuriesky Velázquez Prohía¹

Lilián Gómez Guirola²

Roberto Núñez Fernández³.

Minerva Cedeño Leyva⁴

Ricardo Lázaro Gómez Carro⁵.

¹Médico Especialista en Medicina General Integral. Policlínico Norte "Diego del Rosario", Morón.

²Médico Especialista en Medicina General Integral y Cirugía Cardiovascular. Profesora Asistente. Investigadora Agregada. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, La Habana.

³Médico Especialista en Cirugía General y Cirugía Cardiovascular. Master en Aterosclerosis. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, La Habana.

⁴Licenciada en Enfermería del CMF 12, Área Salud Norte, Morón. Profesora Instructora. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Facultad de Ciencias Médicas de Morón. Policlínico Norte "Diego del Rosario". Morón

⁵Doctor en Ciencias Biológicas. Profesor Titular y Consultante. Investigador Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Facultad de Ciencias Médicas de Morón. Policlínico Comunitario Docente Norte "Diego del Rosario", Morón. Correo:

ricardogc@infomed.sld.cu

Resumen

Se realizó una investigación epidemiológica observacional analítica de casos y controles, para determinar la fuerza de asociación de algunas variables relacionadas con la Hipertensión Arterial (HTA) en la población de 15 años o más del Consultorio Médico No. 12 del Área de Salud Norte del Municipio Morón hasta el 30 de abril de 2020. El universo de trabajo fue de 711 personas y la muestra de 184 personas (92 hipertensos y 92 no hipertensos). La Razón de Disparidad se usó como estadígrafo y su intervalo de confianza para un 95% se estimó por el método de Haldane. La Tasa de Prevalencia Puntual de HTA

fue de 129.4×10^3 . La no práctica de ejercicio físico, ningún tiempo de práctica de ejercicio físico, la no práctica de ejercicio físico con ninguna frecuencia, el hábito de fumar, el consumo de 10 a 19 cigarrillos y de 20 cigarrillos o más, el consumo de cigarros o tabacos por más de 5 años, el consumo de café, el consumo de menos de 3 tazas de café al día y de 3 tazas o más, el consumo de café por más de 5 años, la ingestión de sal, la ingestión de sal de más de 6 gramos de sal/día/persona, el consumo de sal por más de 20 años, el sobrepeso, la obesidad, los antecedentes patológicos personales y familiares de Diabetes Mellitus, el tipo de Diabetes Mellitus Insulino-dependiente, el tratamiento para la Diabetes Mellitus por más de 5 años, los antecedentes patológicos familiares de HTA y personales de Hipercolesterolemia mostraron una asociación significativa causal con la HTA. Los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia fueron la ingestión de sal y el consumo de café. Las mayores cifras de Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual correspondieron al consumo de café y la ingestión de sal.

Palabras clave: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO.

Introducción

Actualmente la Hipertensión Arterial (HTA) es la más frecuente de todas las enfermedades no transmisibles crónicas que afectan la salud de los individuos adultos en las poblaciones en todos los países del mundo.

La percepción del riesgo que significa padecer de HTA obliga a ejecutar una estrategia con medidas de educación y promoción dirigidas a disminuir la Presión Arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados, fundamentalmente la falta de ejercicios físicos, niveles inadecuados de lípidos, elevada ingesta de sal, tabaquismo y alcoholismo, de manera que existe un fuerte componente en el que incide el estilo de vida y que impone una modificación conductual (1).

Para establecer acciones de salud encaminadas a reducir la frecuencia de HTA es indispensable conocer los factores de riesgo que intervienen en su desarrollo y adoptar medidas generales dirigidas a la comunidad que por consiguiente escapan a la posibilidad del Médico individual.

Las medidas dirigidas a toda la población, encaminadas a disminuir las cifras medias de PA (Presión Arterial), pueden tener un impacto muy positivo sobre la morbilidad de enfermedades asociadas con la HTA (2).

El uso y comprensión de los estudios de casos y controles es el desarrollo metodológico más notable de la Epidemiología Moderna (3). Estos estudios proveen una estimación válida y

razonablemente precisa, de la fuerza de asociación de una relación hipotética causa-efecto (4). Pueden proporcionar información sobre una amplia gama de exposiciones, potencialmente etiológicas, que podrían estar relacionadas, en este caso con la Hipertensión Arterial. Estas investigaciones producen resultados fructíferos o incluso extremadamente importantes siempre que se respeten los principios básicos de su diseño metodológico (5). En las últimas décadas ha existido un interés marcado en las investigaciones y en la búsqueda de datos relacionados con la Epidemiología de la Hipertensión Arterial (6), por esta razón se decidió realizar esta investigación en la que se determina la prevalencia y la fuerza de asociación de algunas variables relacionadas con la HTA, para así establecer una estrategia de intervención encaminada a disminuir su incidencia en la población de 15 años o más de edad atendida en el Consultorio del Médico de las Familias (CMF) No.12 ubicado en El Embarcadero, perteneciente al Área de Salud Norte del Municipio Morón, Provincia Ciego de Ávila, Cuba.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación epidemiológica observacional analítica retrospectiva (casos y controles) para determinar la fuerza de asociación de algunas variables relacionadas con la HTA, en la población de 15 o más años de edad atendida en el CMF No. 12 (El Embarcadero) del Policlínico Comunitario Docente Norte "Diego del Rosario" perteneciente al Área de Salud Norte del Municipio Morón, Provincia Ciego de Ávila, hasta el 30 de abril de 2020.

El universo de trabajo estuvo constituido por el total de población de 15 o más años de edad (711) atendida en el referido CMF, según el Análisis de Situación de Salud de enero de 2020 (7).

La muestra estuvo conformada por 184 personas, de ellas 92 hipertensos (casos) y 92 no hipertensos (controles) seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático (Tabla de Números Aleatorios), de forma tal que a cada caso corresponda un control pareado por las variables sexo y grupo de edad.

La técnica de recolección de la información usada fue la encuesta.

La técnica de procesamiento de la información fue computacional y se creó una Base de datos en SPSS 15.0. Se realizó la revisión y validación de la misma.

El estado nutricional se determinó utilizando el Índice de Masa Corporal (IMC) (8). La Tasa de Prevalencia Puntual (T.P.P.) se calculó según la fórmula (9):

$$T.P.P.= \frac{No\ de\ casos\ nuevos\ y\ antiguos}{Población\ en\ estudio} \times 10^n$$

La Razón de Disparidad (RD) o Razón de Productos Cruzados (RPC) se usó como estadígrafo en la investigación etiológica para establecer la disparidad de exposición en los casos y los controles (9).

Los resultados se presentan a través de tablas de contingencia, estimándose el Intervalo de Confianza para un 95 % (IC 95%) de la RD por el método de Haldane o de transformación logarítmica (10).

La interpretación de la Razón de Disparidad (RD) y sus límites de confianza se realizó atendiendo a (11):

VALOR de RD	INTERPRETACIÓN
1	No hay asociación
>1 y su LI ≤ 1	Asociación no significativa (causal)
>1 y su LI > 1	Asociación significativa (causal)
<1 y su LS < 1	Asociación significativa (protección)
<1 y su LS ≥ 1	Asociación no significativa (protección)

La Prevalencia de los expuestos a los factores modificables se determinó mediante la revisión de las Historias de Salud Individual en el CMF No. 12 del Área de Salud Norte y se calculó mediante la siguiente fórmula (9):

$$F = \frac{\text{No Personas expuestas al factor}}{\text{Población en estudio}} \times 100$$

El Impacto Potencial se calculó mediante el Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual (RAP %) (9):

$$\text{RAP\%} = \frac{F(RD-1)}{1+F(RD-1)} \times 100$$

donde:

F = Proporción de expuestos al factor en la población

RD = Razón de Disparidad

Desarrollo

Tabla 1. Prevalencia Puntual de Hipertensión Arterial en la población del Consultorio del Médico de las Familias No. 12 del Embarcadero, Área de Salud Norte, Municipio Morón hasta el 30 de abril de 2020.

Población de 15 años o más	Hipertensos dispensarizados	Prevalencia Puntual x 10 ³
711	92	129.4

Fuente: Historias de Salud Familiar.

Del total de pacientes de 15 años o más (711) del CMF No. 12 del Área de Salud Norte de Morón, 92 son hipertensos para una Tasa de Prevalencia Puntual (TPP) de 129.4 x10³.

Tabla 2. Distribución de casos y controles según variables relacionadas con la práctica de ejercicio físico.

Variables	Casos	Controles	RD	IC 95%	Interpretación
Práctica de ejercicio físico					
Ninguna	30	13	3.17	6.95 - 1.45	AS (Causal)
Frecuente	30	35	1.18	2.29 - 0.61	ANS (Causal)
Sistemática	32	44	1.00	-	-
Tiempo de Práctica de ejercicio físico					
Ninguno	30	13	2.94	6.05 - 1.43	AS (Causal)
Menos de 1 año	-	-	-	-	-
De 1 - 5 años	-	-	-	-	-
Más de 5 años	62	79	1.00	-	-
Tipo de ejercicio físico					
Ninguno	30	13	3.46	13.51 - 0.89	ANS (Causal)
Ligero	18	16	1.69	6.66- 0.43	ANS (Causal)
Moderado	40	57	1.05	3.74- 0.30	ANS (Causal)
Intenso	4	6	1.00	-	-

Frecuencia de la práctica de ejercicio físico					
Ninguna	30	13	3.44	7.20-1.64	AS (Causal)
Diaria	47	70	1.00	–	–
De 2 a 5 días a la semana	12	7	2.55	6.78- 0.96	ANS (Causal)
Una vez por semana	3	2	2.23	11.80-0.42	ANS (Causal)

Fuente: Encuestas.

En esta tabla se aprecia la disparidad de exposición entre casos y controles de acuerdo a la práctica de ejercicio físico, observándose **asociación significativa causal** de las siguientes variables con la HTA: Ninguna práctica de ejercicio físico, Ningún tiempo de práctica de ejercicio físico y No práctica de ejercicio físico con ninguna frecuencia.

De igual forma se encontró **asociación no significativa causal** entre Práctica de ejercicio físico frecuente, Ningún tipo de ejercicio físico, Ejercicio físico ligero, Ejercicio físico moderado, Práctica de ejercicio físico de 2 a 5 días a la semana y Práctica de ejercicio físico una vez por semana y la Hipertensión Arterial.

En la Práctica de ejercicio físico, el Tiempo de práctica de ejercicio físico y el Tipo de ejercicio físico, el valor de la Razón de Disparidad (RD) decrece a medida que disminuye la exposición al factor.

Tabla 3. Distribución de casos y controles según variables relacionadas con el hábito de fumar.

Variables	Casos	Controles	RD	IC 95%	Interpretación
Hábito de Fumar					
Si	42	21	2.84	5.34 – 1.51	AS (Causal)
No	50	71	1.00	-	-
Cantidad de Cigarros o Tabacos diarios					
No fuma	50	71	1.00	-	-
Menos de 10	4	3	1.89	8.01 - 0.45	ANS (Causal)



cigarrillos					
De 10 a 19 cigarrillos	20	12	2.37	5.22 -1.07	AS (Causal)
20 cigarrillos o más	16	4	5.68	17.11 - 1.89	AS (Causal)
1 tabaco	1	-	-	-	-
De 2 a 4 tabacos	1	1	1.42	14.05 - 0.14	ANS (Causal)
5 tabacos o más	-	1	-	-	-
Tiempo que lleva fumando					
No fuma	50	71	1.00	-	-
Menos de 1 año	-	-	-	-	-
De 1 a 5 años	-	-	-	-	-
Más de 5 años	42	21	2.84	5.34 - 1.51	AS (Causal)

Fuente: Encuestas.

En esta tabla se observa **asociación significativa causal** de las siguientes variables con la Hipertensión Arterial: Si fuma, los fumadores de 10 a 19 cigarrillos, los fumadores de 20 cigarrillos o más y los fumadores de más de 5 años.

De igual forma se encontró **asociación no significativa causal** entre los fumadores de menos de 10 cigarrillos y los fumadores de 2 a 4 tabacos al día con la HTA.

Los fumadores de 1 tabaco al día, los fumadores de 5 tabacos o más, los fumadores de menos de 1 año y los fumadores de 1 a 5 años no mostraron asociación con la HTA.

En el Hábito de fumar y el Tiempo que lleva fumando, el valor de la Razón de Disparidad (RD) decrece a medida que disminuye la exposición al factor.

Tabla 4. Distribución de casos y controles según variables relacionadas con el consumo de café.

Consumo de Café	Casos	Controles	RD	IC 95%	Interpretación
Consumo de café					
Si	80	62	3.23	6.74 - 1.54	AS (Causal)
No	12	30	1.00	-	-



Cantidad de tazas de café consumidas Diariamente					
Ninguna	12	30	1.00	-	-
Menos de 3 tazas	18	16	2.81	7.16 – 1.10	AS (Causal)
3 tazas o más	62	46	3.37	7.20 – 1.58	AS (Causal)
Tiempo de consumo de café					
No toma café	12	30	1.00	-	-
Menos de 1 año	-	-	-	-	-
De 1 a 5 años	-	-	-	-	-
Más de 5 años	80	62	3.23	6.74 – 1.54	AS (Causal)

Fuentes: Encuestas.

Con relación al consumo de café, se encontró **asociación significativa causal** de las siguientes variables con la HTA: Si consume café, consumo de menos de 3 tazas de café al día, consumo de 3 tazas de café o más al día, el consumo de café más de 5 años.

El consumo de café por menos de 1 año y el consumo de café de 1 a 5 años no mostraron asociación con la HTA.

En el Consumo de café, la Cantidad de tazas de café consumidas diariamente y en el Tiempo de consumo de café, la Razón de Disparidad (RD) decrece en la medida que disminuye la exposición al factor.

Tabla 5. Distribución de casos y controles según variables relacionadas con el consumo de alcohol.

Variabes	Casos	Controles	RD	IC 95%	Interpretación
Consumo de alcohol					
Si	29	20	1.66	3.20 – 0.86	ANS (Causal)
No	63	72	1.00	–	–
Cantidad de alcohol consumido Ocasionalmente					
Ninguno	63	72	1.00	–	–
1*	14	12	1.33	3.05 – 0.58	ANS (Causal)
2**	15	8	2.14	5.28 – 0.87	ANS (Causal)
Tiempo de Consumo de Alcohol					
No toma bebidas alcohólicas	63	72	1.00	–	–

Menos de 1 año	-	-	-	-	-
De 1 a 5 años	3	2	1.71	8.99 – 0.33	ANS (Causal)
Más de 5 años	26	18	1.65	3.27 – 0.84	ANS (Causal)

Fuente: Encuestas.

1* -Menos de 20 mL de Etanol por día - Hombres (equivalente diario de 20 mL puede ser: 12 onzas (350 mL) de cerveza o 5 onzas (150 mL) de vino o 12 onzas (50 mL) de ron). Menos de 15 mL de Etanol por día – Mujeres y personas bajo peso.

2** - 20 mL de Etanol o más por día – Hombres.

15 mL de Etanol o más por día – Mujeres y personas bajo peso.

En esta tabla se observa la disparidad de exposición entre los casos y los controles según consumo de alcohol, encontrándose **asociación no significativa causal** de las siguientes variables con la Hipertensión Arterial: Si consume alcohol, consumo de menos de 20 mL de Etanol por día - hombres y menos de 15 mL de etanol por día - mujeres y personas de bajo peso, consumo de 20 mL o más de etanol por día-hombres y 15 mL o más de etanol por día-mujeres y personas de bajo peso, consumo de bebidas alcohólicas de 1 a 5 años y consumo de bebidas alcohólicas más de 5 años.

El consumo de bebidas alcohólicas menos de 1 año no mostró asociación con la HTA.

En el Consumo de alcohol y en la Cantidad de alcohol consumida ocasionalmente, la Razón de Disparidad (RD) decrece en la medida que disminuye la exposición al factor.

Tabla 6. Distribución de casos y controles según variables relacionadas con la ingestión de sal.

Variabes	Casos	Controles	RD	IC 95%	Interpretación
Ingestión de Sal					
Si	80	69	2.22	4.74 – 1.04	AS (Causal)
No	12	23	1.00	–	–
Cantidad de sal consumida diariamente					
Ninguna	12	23	1.00	–	–
* 6 gr o menos/día/ persona*	44	45	1.87	4.18 – 0.84	ANS (Causal))
**Más de 6 gr/día/	36	24	2.88	6.77 – 1.22	AS (Causal)

persona					
Tiempo de consumo de sal					
No consume sal	12	23	1.00	–	–
Menos de 10 años	–	–	–	–	–
De 10 a 20 años	–	–	–	–	–
Más de 20 años	80	69	2.22	4.74 – 1.04	AS (Causal)

Fuente: Encuestas.

*Equivalente a una cucharadita de postre rasa.

**Más de una cucharadita de postre rasa.

En esta tabla se aprecia **asociación significativa causal** entre Si consume sal, el consumo de más de 6 gramos de sal/día/persona y el consumo de sal por más de 20 años con la Hipertensión Arterial.

El consumo de 6 gramos de sal/día/persona o menos mostró **asociación no significativa causal** con la HTA.

El consumo de sal menos de 1 año y el consumo de sal de 10 a 20 años no mostraron asociación con la HTA.

En la ingestión de sal, la cantidad de sal consumida diariamente y el Tiempo de consumo de sal, la Razón de Disparidad (RD) disminuye en la medida que decrece la exposición al factor.

Tabla 7. Distribución de casos y controles según estado nutricional.

Estado Nutricional	Casos	Controles	RD	IC 95%	Interpretación
Bajo Peso	3	6	0.75	5.32 – 0.19	ANS (Protección)
Peso Saludable	28	42	1.00	-	-
Sobrepeso	43	33	1.95	3.76 – 1.02	AS (Causal)
Obeso	18	11	2.45	5.89 – 1.02	AS (Causal)
Total	92	92	-	-	-

Fuente: Encuestas.

En esta tabla se distribuyen los casos y los controles de acuerdo al estado nutricional, apreciándose que los bajos pesos tuvieron una asociación no significativa de protección con la Hipertensión Arterial, mientras que los sobrepesos y los obesos mostraron una asociación significativa causal con la referida enfermedad.

La Razón de Disparidad decrece en la medida que disminuye la exposición al factor.

Tabla 8. Distribución de casos y controles según variables relacionadas con la Diabetes Mellitus (DM).

Variables	Casos	Controles	RD	IC 95%	Interpretación
Antecedentes Patológicos Personales de DM					
Si	17	6	3.25	8.41 – 1.25	AS (Causal)
No	75	86	1.00	–	–
Tipo de DM					
Ninguno	75	86	1.00	–	–
Insulino dependiente	6	1	6.88	41.70 – 1.14	AS (Causal)
No insulino dependiente	11	5	2.52	7.30– 0.87	ANS (Causal)
Tiempo de tratamiento					
Ninguno	75	86	1.00	–	–
Menos de 1 año	2	1	2.29	17.77 – 0.30	ANS (Causal)
De 1 a 5 años	1	1	1.15	11.26 - 0.12	ANS (Causal)
Más de 5 años	14	4	4.01	12.08 - 1.33	AS (Causal)
Antecedentes Patológicos Familiares de DM					
Positivos	40	19	2.96	5.64 – 1.55	AS (Causal)
Negativos	52	73	1.00	–	–

Fuente: Encuestas.

Con relación a los antecedentes patológicos personales de Diabetes Mellitus, se encontró asociación significativa causal con la Hipertensión Arterial.

Según tipo de Diabetes Mellitus, la Insulino Dependiente tuvo una asociación significativa causal con la HTA y la no Insulino Dependiente una asociación no significativa causal.

En cuanto al tiempo de tratamiento para la Diabetes Mellitus, el tratamiento de menos de 1 año y el tratamiento de 1 a 5 años mostraron asociación no significativa causal y el tratamiento por más de 5 años tuvo una asociación significativa causal con la HTA.

Los antecedentes patológicos familiares de Diabetes Mellitus positivos mostraron una asociación significativa causal con la HTA.

Tabla 9. Distribución de casos y controles según antecedentes patológicos familiares de Hipertensión Arterial.

Antecedentes Patológicos Familiares de HTA	Casos	Controles	RD	IC 95%	Interpretación
Positivos	57	28	3.72	6.84 – 2.03	AS (Causal)
Negativos	35	64	1.00	–	–
Total	92	92	–	–	–

Fuente: Encuestas.

La Razón de Disparidad para los investigados con antecedentes patológicos familiares de Hipertensión Arterial fue de 3.72 (IC 95%= 6.84 – 2.03), observándose una asociación significativa causal con esta enfermedad.

Tabla 10. Distribución de casos y controles según antecedentes patológicos personales de Hipercolesterolemia.

Antecedentes Patológicos Personales de Hipercolesterolemia	Casos	Controles	RD	IC 95%	Interpretación
Si	34	10	5.36	11.61 – 2.48	AS (Causal)
No	58	82	1.00	-	-
Total	92	92	-	-	-

Fuente: Encuestas.

La Razón de Disparidad para los investigados con antecedentes patológicos personales de Hipercolesterolemia fue de 5.36 (IC 95%: 11.61 – 2.48), apreciándose **asociación significativa causal** con la Hipertensión Arterial.

Tabla 11. Prevalencia y Riesgo Atribuible Poblacional de los Factores de Riesgos Modificables.

Factores de Riesgo	No. de pacientes	Tasa de Prevalencia x 10 ³	Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual
No Práctica de Ejercicio Físico	204	233.1	33.29
Hábito de fumar	300	342.9	38.48

Consumo de café	675	771.4	63.20
Consumo de alcohol	233	266.3	15.12
Ingestión de sal	709	810.3	49.70
Obesidad	138	157.7	18.83

Fuente: Historias de Salud Individual.

En esta tabla aparece la Tasa de Prevalencia y el Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual (RAP%) de los factores de riesgo modificables, donde el factor de riesgo más prevalente fue la ingestión de sal (810.3×10^3) seguido del consumo de café (771.4×10^3), el hábito de fumar (342.9×10^3), el consumo de alcohol (266.3×10^3) y la no práctica de ejercicio físico (233.1×10^3). La obesidad mostró la tasa de prevalencia más baja (157.7×10^3).

El Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual más elevado fue el consumo de café (63.20 %), seguido de la ingestión de sal (49.70 %), el hábito de fumar (38.48 %), la no práctica de ejercicio físico (33.29 %), la obesidad (18.83 %) y el consumo de alcohol (15.12 %).

En las investigaciones realizadas por Martínez (12), Mederos (13), Jiménez (14) y Jiménez (15) el factor de riesgo más prevalente fue la ingestión de sal, al igual que en el presente estudio.

El RAP % de mayor valor fue similar a los reportados por Pérez (16) y Ramírez (17) y diferente a los consignados por Martínez (12) Mederos (13), Jiménez (14) y Jiménez (15).

Conclusiones

La Tasa de Prevalencia Puntual de Hipertensión Arterial en la población de 15 años o más del CMF No. 12 del Área de Salud Norte del Municipio Morón fue de 129.4×10^3 . La no práctica de ejercicio físico, ningún tiempo de práctica de ejercicio físico, la no práctica de ejercicio físico con ninguna frecuencia, el hábito de fumar, el consumo de 10 a 19 cigarrillos y de 20 cigarrillos o más, el consumo de cigarros o tabacos por más de 5 años, el consumo de café, el consumo de menos de 3 tazas de café al día y de 3 tazas o más, el consumo de café por más de 5 años, la ingestión de sal, la ingestión de sal de más de 6 gramos de sal/día/persona, el consumo de sal por más de 20 años, el sobrepeso, la obesidad, los antecedentes patológicos personales y familiares de Diabetes Mellitus, el tipo de Diabetes Mellitus Insulino-dependiente, el tratamiento para la Diabetes Mellitus por más de 5 años, los antecedentes patológicos familiares de HTA y personales de Hipercolesterolemia tuvieron una asociación significativa causal con la HTA. Los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia fueron la ingestión de sal y el consumo de café. Las mayores cifras de

Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual correspondieron al consumo de café y la ingestión de sal.

Referencias bibliográficas

1. Gaziano JM. Consideraciones generales de las enfermedades cardiovasculares. Cap. 1. En: Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Braunwald Tratado de Cardiología. Texto de Medicina Cardiovascular. 10 ma. Edición. Vol. 1. España: ELSEVIER; 2015:1-19.
2. Kaplan NM. Hipertensión sistémica: mecanismos y diagnóstico. Cap. 37. En: Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Braunwald Tratado de Cardiología. Texto de Medicina Cardiovascular. 10ma. Edición. Vol. 1. España: ELSEVIER; 2015:959-87.
3. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global Burden of Hypertension: Analysis Worldwide Data. The Lancet. 2005;365:217-23.
4. Roméu M, Sabina D, Sabina B. Evaluación del paciente hipertenso: Experiencia de la Consulta Especializada de Hipertensión Arterial. Medsur. 2005 [Citado 24 May 2021];3(2):1-22. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/evaluacion_de_una_consulta_dehta_medisur_2005.pdf
5. De la Noval R, Armas N, De la Noval I, Fernández Y, Pupo H, Dueñas A, et al. Estimación del Riesgo Cardiovascular Global en una población del Área de Salud Mártires de Corynthia. La Habana, Cuba. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 2011;17(1):62-8.
6. Zacca E, Rodríguez. Epidemiología en la Atención Primaria de Salud. Cap. 77. En: Álvarez Sintés R, Hernández G, Báster JC, García R. Medicina General Integral. Vol. III. Salud y Medicina. La Habana: Ciencias Médicas; 2014:727-86.
7. Velázquez Y. Análisis de la Situación de Salud, Año 2018. Consultorio del Médico de las Familias No. 12 (El Embarcadero). Área de Salud Norte, Morón. Enero 2020.
8. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial del MINSAP, Cuba. Guía Cubana para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial 2006. Ciudad de La Habana: MINSAP; Junio 2006.
9. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Módulo Métodos Epidemiológicos. Unidad 2. Mediciones en Epidemiología. Unidad Impresora ISCM – Habana. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1991:1-16.
10. Haldane JBS. The estimation and significance of logarithm of a ratio of frequencies. Ann Hum Genet. 1956;2:309-11.

11. Rothman KJ. Intervalos de confianza para estimados conjuntados del efecto. En: Rothman KJ. Epidemiología Moderna. Washington D.C., 1987:242-5.
12. Martínez A. Hipertensión Arterial. Prevalencia y Factores de riesgo en la población del Consultorio Médico No.8, Área de Salud Norte, Morón. [Trabajo de Terminación de Residencia para optar por el título de Médico Especialista en Medicina General Integral]. Morón: Filial de Ciencias Médicas; 2016.
13. Mederos SM. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en una Comunidad Agrícola. [Trabajo de Terminación de Residencia para optar por el título de Médica Especialista en Medicina General Integral]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila; 2015.
14. Jimenez JC. Prevalencia de la Hipertensión Arterial y factores de riesgos en los trabajadores de la UCM – ECOT Cayo Coco. [Trabajo de Terminación de Residencia para optar por el título de Médico Especialista en Medicina General Integral]. Morón: Filial de Ciencias Médicas; 2015.
15. Jiménez U. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en la población del Consultorio Médico No. 27 del Poblado Patria. [Trabajo de Terminación de Residencia para optar por el título de Médico Especialista en Medicina General Integral]. Morón: Filial de Ciencias Médicas; 2017.
16. Pérez LA. Estudio Caso-Control de Hipertensión Arterial en el Poblado de Patria. [Trabajo de Terminación de Residencia para optar por el título de Médico Especialista en Medicina General Integral]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas; 1998.
17. Ramírez Y. Hipertensión Arterial. Prevalencia y factores de riesgo en los trabajadores de la UCM – ECOT Cayo Guillermo. [Trabajo de Terminación de Residencia para optar por el título de Médico Especialista en Medicina General Integral]. Morón: Filial de Ciencias Médicas; 2015.