**Riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos del Policlínico Héroes de Girón, año 2022**

Hernández Sánchez, Marilyn **1**

Díaz Piñera, Addys **2**

Cabrera Valdés, Niobis **3**

Pérez García, Rosa María **4**

JiménezPérez, Yaidilis **5**

1Centro Provincial de Higiene y Epidemiologia /Departamento de Docencia , La Habana , Cuba.

mary.hernandez2020@infomed.sld.cu

2Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología /Departamento Servicios de Salud , La Habana , Cuba

addysdiaz1966@gmail.com

3Centro Provincial de Higiene y Epidemiologia /Departamento de Enfermedades No Transmisibles , La Habana , Cuba.

niobis.cabrera@infomed.sld.cu

 4 Centro Provincial de Higiene y Epidemiologia /Departamento de Docencia e Investigación, La Habana, Cuba.

romape@infomed.sld.cu 5 Centro Provincial de Higiene y Epidemiologia /Departamento de Docencia e Investigación, La Habana, Cuba.

yaidilis@infomed.sld.cu

**Resumen**

**Introducción:** el riesgo cardiovascular (RCV) global como probabilidad de tener un evento cardiovascular en un período deﬁnido, está determinado por el efecto combinado de los factores de riesgo. Así, una persona con la misma presión arterial que otra, puede tener 10 veces más riesgo dependiendo de la presencia o ausencia de otros factores de riesgo.

**Objetivo:** determinar el riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Héroes de Girón, año 2022. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en el año 2022. De las 7 467 personas mayores de 35 años dispensarizadas como hipertensas, se estudiaron 363 personas, seleccionadas a través de un muestreo equiprobabilístico por conglomerado bietápico. Se les aplicó un cuestionario previo consentimiento informado y se estudiaron variables sociodemográficas, comorbilidades y factores de riesgo. **Resultados:** el 94,4% de los encuestados eran mayores de 50 años, 63,3% mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron la obesidad, diabetes mellitus e hipercolesterolemia. El 57,0 % pertenecían al grado I de hipertensión arterial y el 91,7 % al grupo de riesgo alto de enfermedades cardiovasculares. Según el test de Morisky Green Levine el 60,0 % de las personas estaban adheridos al tratamiento y el 58,4 % controlados. **Conclusiones:** predominó el grado I de hipertensión arterial y por las comorbilidades asociadas predominaron los pacientes con riesgo alto de enfermedades cardiovasculares. Se demuestra falta de control y no adherencia al tratamiento lo cuál evidencia deficiencias en la dispensarización y cumplimiento del programa, además de una baja percepción de riesgo en los pacientes

 INTRODUCCIÓN

El riesgo cardiovascular (RCV) global como probabilidad de tener un evento cardiovascular en un período deﬁnido, está determinado por el efecto combinado de los factores de riesgo. Así, una persona con la misma presión arterial que otra, puede tener 10 veces más riesgo dependiendo de la presencia o ausencia de otros factores de riesgo. La estimación del riesgo cardiovascular de una persona no es posible realizarla sumando los factores de riesgo, dado su efecto multiplicativo.1

Existen múltiples modelos computarizados para la evaluación del RCV , el primer algoritmo que se propuso para su estimación surgió en 1991, con el estudio de Framingham que consideró varios factores de riesgo como: la edad, el sexo, colesterol total, colesterol HDL, presión arterial y tabaquismo. Predice el riesgo absoluto de padecer una enfermedad cardiovascular a 10 años, entre las que destacan, infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria y muerte por enfermedad cardiovascular. Debido a ciertas limitaciones que presenta el algoritmo de Framingham para estimar de manera correcta el riesgo cardiovascular en diversas poblaciones, este algoritmo fue calibrado, con la ﬁnalidad de disponer de una tabla de estimación ﬁable. 2 A partir de datos provenientes de este estudio se han desarrollado y validado diferentes escalas para calcular riesgo. Para resaltar la importancia de este enfoque preventivo, la OPS desarrolló una aplicación para el cálculo del riesgo cardiovascular, basada en el formulario que la OMS propone para la estimación del RCV en América Latina (2007), este puntaje constituye una adaptación a la región sobre la base del estudio de Framingham. La interpretación de estos valores predice la incidencia de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en los siguientes 10 años, de manera tal que si el riesgo cardiovascular es de 40 % indica que de 100 personas en esa situación 4 tendrán eventos anualmente y 40 en los siguientes 10 años, si se tiene en consideración que el riesgo es de 1 %, equivaldría a que, de 100 personas con los mismos factores de riesgo, desarrollará una enfermedad cada año, alcanzando así 10 personas en una década. 3 La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y a la hora de evaluar el riesgo individual y establecer planes de intervención, la (HTA) es uno de los más importantes, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo y es en nuestros días, uno de los mayores focos de atención por parte de las estructuras sanitarias de todos los países desarrollados. No obstante, la coexistencia de otras condiciones concomitantes influye en gran medida en el pronóstico final del paciente. La estratificación de riesgo es uno de los principales pasos que servirán posteriormente para la adecuación de la toma de decisión terapéutica. 4

La relación de presión arterial y riesgo de eventos de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo.4 Cuanta más alta es la presión arterial, mayor es la posibilidad de infarto de miocardio, insuﬁciencia cardiaca, ictus y enfermedad renal. La necesidad de disminuir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es el principal motivo para enfocar el problema del control de la hipertensión arterial desde un punto de vista más integral y no solo centrado en las cifras de presión arterial como la principal variable para decidir la necesidad y el tipo de tratamiento.5 La estrategia terapeutica debe tener en cuenta el riesgo cardiovascular total, además de los niveles de presión arterial, para maximizar la relación costo-efectividad en el tratamiento de la hipertensión arterial. La prevención de las enfermedades cardiovasculares en el paciente hipertenso debe adaptarse a su riesgo cardiovascular total, cuanto mayor es el riesgo más intensamente debe aplicarse la estrategia para controlarlo y disminuirlo.6 Cuba, en el 2022 presentó una prevalencia de HTA de 228,5 x 1000 habitantes, por sexo la mayor afectación estuvo en el sexo femenino con 246,8 x 1000 habitantes según grupos de edades el de 60 a 64 años con una tasa de 756,2 por 1000 habitantes.7 El municipio Cerro presenta una prevalencia de HTA de 17,3 % y el policlínico Héroes de Girón la supera con un 22,5 %. Según el Análisis de la Situación de Salud del policlínico del año 2021, las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las primeras causas de muerte reportadas, seguidas por las enfermedades cerebrovasculares con 233 personas. Entre los factores de riesgo que favorecen la HTA sobresale el hábito de fumar practicado por 1 758 personas y el consumo de bebidas alcohólicas por 993. Durante el 2021 en relación al 2020 se incrementó el número de atenciones médicas por esta causa y por las complicaciones derivadas de un mal control. Consideramos la necesidad de continuar realizando investigaciones para determinar el riesgo cardiovascular, teniendo en cuenta la importancia de la HTA como factor de riesgo en la génesis de enfermedades cardiovasculares, razones que permiten plantear la siguiente interrogante ¿Cuál es el riesgo cardiovascular global de los individuos diagnosticados como hipertensos en el Policlínico Héroes de Girón del municipio Cerro? , siendo el objetivo de este estudio determinar el riesgo cardiovascular global en pacientes hipertensos del Policlínico Héroes de Girón en el año 2022.

Material y método

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

El universoestuvo constituido por 7 467 personas dispensarizadas como hipertensas del grupo de 35 años y más. Se utilizó un muestreo por conglomerados bietápico; de los 28 consultorios del policlínico se escogieron 14, con probabilidades de selección proporcionales al tamaño de su población dispensarizada como hipertensa y de los mismo en una segunda etapa se seleccionaron los pacientes, quedando la muestra conformada por 366 personas, lográndose encuestar 363. Para esta selección se utilizó el Paquete de Programas EPIDAT, versión 3.Una vez identificada la muestra, el investigador solicitó a cada uno de estas personas su consentimiento para formar parte de la investigación. Luego se procedió a la aplicación de un cuestionario para dar salida a los objetivos del trabajo, el cual ha sido utilizado en investigaciones anteriores. 7 El mismo estaba conformado por preguntas abiertas y cerradas y se garantizó la confidencialidad de la información.Se le realizaron tres mediciones de presión arterial (PA), al inicio de la aplicación del instrumento, en el intermedio y al finalizar el mismo, para lo cual se tuvo cuenta las recomendaciones internacionales 7 - 8 y la Guía para el diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial establecido en Cuba.9 Se desechó la primera medición y se promediaron las otras dos 10 -11 las que se utilizaron para determinar el control del paciente. Para medir la adherencia se uso el test de Morisky-Green y Levine (MGL)

Como parte del cuestionario se aplicó el Test de Morisky-Green y Levine en relación al tratamiento medicamentoso en los 30 días previos a la aplicación del instrumento. Este Test se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades crónicas cuyo objetivo es medir laadherencia al tratamiento farmacológico. Validado en su versión española con un alpha de Cronbach de 0.6. 12

**Control de la presión arterial**

Fueron clasificados como Prehipertensos: PAS 120-139, PAD 80-89 mmHg, hipertensión grado I PAS 140- 159, PAD 90-99 mmHg, hipertensión grado II PAS 160- 179, PAD 90-99 mmHg, hipertensión grado III 180 mmHg o más. 9 Para cumplir los propósitos de la investigación se utilizaron las siguientes variables de estudio: **-** Variables socio-demográficas: edad, sexo, color de la piel, factores de riesgo y antecedentes patológicos personales.- Variables relacionadas con la adherencia y control de la hipertensión. Para estimar el Riesgo Cardiovascular se clasificó de la siguiente manera 9 ***Riesgo Alto:*** a partir de Grado I de hipertensión arterial con tres o más factores de riesgo cardiovascular o lesión en órgano diana o diabetes mellitus. ***Riesgo Moderado:*** paciente con grado I o II de hipertensión arterial con uno o dos factores de riesgo cardiovascular. ***Riesgo Bajo:***grado I de hipertensión arterial sin factores de riesgo adicionales. 9 A los participantes en este estudio se les solicitó su consentimiento informado por escrito luego de habérsele explicado en qué consistía el mismo. Se les pidió que su respuesta fuera lo más sincera posible. Estas personas no recibieron ningún beneficio personal por su participación, ni estuvieron expuestas a ningún riesgo. Toda la información recogida en el cuestionario fue absolutamente confidencial y sólo se utilizó con fines docentes e investigativos. La investigación se realizó siguiendo lo establecido en los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki y revisiones posteriores**.**13

Resultados

En la **Tabla 1** podemos apreciar que la prevalencia de hipertensos se incrementa con la edad, a partir de los 45 años hasta los 84 años de edad, existiendo en todos los grupos un predominio del sexo femenino el cual representó el 63,3 % de las personas estudiadas.

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas de las personas hipertensas estudiadas. Policlínico Héroes de Girón. Cerro 2022.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variables** | **Clasificación** | **Pacientes con hipertensión arterial**  |
| **M****(n = 133)** | **%** | **F****(n = 230)** | **%** | **Total****(n= 363)** | **%** |
| Grupo de edades | 35-44 | 2 | 1,5 | 6 | 2,6 | 8 | 2,2 |
| 45-54 | 14 | 10,5 | 24 | 10,4 | 38 | 10,5 |
| 55-64 | 35 | 26,3 | 66 | 28,7 | 101 | 27,8 |
| 65-74 | 41 | 30,8 | 58 | 25,2 | 99 | 27,3 |
| 75-84 | 31 | 23,3 | 52 | 22,6 | 83 | 22,9 |
| 85 -94 | 10 | 7,5 | 24 | 10,4 | 34 | 9,4 |
| 95 y más | 2 | 1,5 | 1 | 0,4 | 3 | 0,8 |
| Color de la piel | Blanco (a) | 75 | 56,4 | 108 | 47,0 | 183 | 50,4 |
| Mestizo (a) | 37 | 27,8 | 73 | 31,7 | 110 | 30,3 |
| Negro (a) | 21 | 15,8 | 49 | 21,3 | 70 | 19,3 |

Similares resultados mostró Soler Santana 6 en un estudio en Santiago de Cuba donde predominaron las féminas con un 68,3 %. Por su parte Rodríguez Salvá,14 Martínez Murga 15,Formentín Zayas y col.16 encuentran predominio en el sexo masculino (52,4 %; 51,0% y 58,1% ). Existen aspectos fisiopatológicos que hacen diferente la expresión de la hipertensión arterial en la mujer, el 17-B estradiol tiene un efecto vasodilatador, antiproliferativo y antioxidante por efecto B –adrenérgico y de óxido nítrico en la mujer premenopáusica. Este efecto protector se pierde en la menopausia, asociado a un aumento en la resistencia vascular sistémica, lo que lleva a una presión del pulso más elevada y frecuencia cardíaca mayor (retorno rápido de la onda de pulso y menor período diastólico). 17

En relación a la edad, los mayores porcientos de hipertensos correspondieron a las personas de 55 años y más, lo que representó el 87,3 % de la muestra estudiada. Rodríguez Salvá y col. 14 difieren con los de este estudio, pues el mayor porcentaje de hipertensos se encuentra en los menores de 60 años, 66,8 % mientras que en este estudio la prevalencia de HTA se incrementó en la medida que lo hizo la edad, más marcada en el grupo de 55 a 64 años. Coincide con el estudio de Gort Hernández y col. 17 en Pinar del Río donde predominaron las edades de 60 y más años (57,4 %) y el sexo femenino (67,2 %). El aumento de la edad favorece el aumento de la de la HTA debido a los cambios que ocurren en el cuerpo humano, apoyados por los malos hábitos higiénicos y dietéticos más condiciones de vida inadecuada.Puede atribuirse a cambios estructurales y funcionales que se desarrollan en el aparato vascular; en ellos la resistencia periférica se incrementa y la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco, el volumen de eyección y el flujo renal son menores.18

En relación al color de la piel predominó el color de piel blanca con un 50,4% de los pacientes hipertensos, contrario a los resultados que hayan Laborde Angulo y col.19 en un estudio similar detectó que la prevalencia de hipertensión arterial fue superior en mestizos resultando discordante con este estudio. Varios son los autores que refieren que el color de la piel no es un factor determinante en la aparición de la hipertensión arterial. Existe evidencia de que los individuos de color de piel negra sufren de complicaciones más graves, debutan en edades tempranas de la vida, tienen mayor susceptibilidad a la lesión en órganos diana, que además se establece precozmente.

**Tabla 2.** Pacientes según grado de hipertensión arterial y sexo. Policlínico Héroes de Girón. Cerro 2022.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Clasificación** | **Sexo** | **Total** |
| **Masculino** | **Femenino** |
| **No** | **%** | **No** | **%** | **No** | **%** |
| Grado I | 115 | 86,4 | 207 | 90,0 | 322 | 57,0 |
| Grado II | 15 | 11,2 | 21 | 9,1 | 36 | 9,9 |
| Grado III | 3 | 2,2 | 2 | 0,8 | 5 | 1,3 |

Según el grado de hipertensión arterial en los pacientes estudiados, predominó el Grado I con 322 pacientes con un 57,0 %, lo cual puede estar relacionado con la pesquisa activa que se realiza por el Equipo Básico de Salud (EBS) en la atención primaria de salud detectándose casos en ocasiones asintomáticos y con la adherencia al tratamiento que logran los pacientes. Contrariamente Cobas Planchez en su estudio encontró que el grupo que más aporta a la hipertensión arterial es el grupo II.

**Tabla 3: Factores de riesgos y comorbilidades de las personas hipertensas estudiadas. PoliclínicoHéroes de Girón. Cerro 2022**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variables** | **Categoría** | **Pacientes con hipertensión arterial**  |
| M(n = 133) | % | F(n=230) | % | Total(n=363) | % |
| Consumo de  tabaco | Sí | 43 | 32,3 | 47 | 20,4 | 90 | 24,8 |
| No | 90 | 67,7 | 183 | 79,6 | 273 | 75,2 |
| Consumo dealcohol | No consume | 53 | 39,8 | 171 | 74,3 | 224 | 61,7 |
| Anual | 30 | 22,6 | 32 | 13,9 | 62 | 17,1 |
| Mensual | 34 | 25,6 | 18 | 7,8 | 52 | 14,3 |
| Semanal | 10 | 7,5 | 7 | 3,0 | 17 | 4,7 |
| Diario | 9 | 6,8 | 1 | 0,4 | 10 | 2,8 |
| Ejercicio físico | No realizan | 65 | 48,9 | 120 | 52,2 | 185 | 51,0 |
| Diario | 13 | 9,8 | 25 | 10,9 | 38 | 10,5 |
| 1 vez por semana | 5 | 3,8 | 4 | 1,7 | 9 | 2,5 |
| 2-3 veces por semana | 15 | 11,3 | 23 | 10,0 | 38 | 10,5 |
| Más de 3 veces por semana | 11 | 8,3 | 14 | 6,1 | 25 | 6,9 |
| Comorbilidades | Ninguna | 55 | 41,4 | 79 | 34,3 | 134 | 36,9 |
| Diabetes mellitus | 32 | 24,1 | 51 | 22,2 | 83 | 22,9 |
| Hipercolesterolemia | 22 | 16,5 | 42 | 18,3 | 64 | 17,6 |
| Obesidad /sobrepeso | 14 | 10,5 | 42 | 18,3 | 56 | 15,4 |
| ECV | 11 | 8,3 | 7 | 3,0 | 18 | 5,0 |
| IMA | 3 | 2,3 | 11 | 4,8 | 14 | 3,9 |
| IRC | 3 | 2,3 | 5 | 2,2 | 8 | 2,2 |
| IC | 2 | 1,5 | 3 | 1,3 | 5 | 1,4 |
| Retinopatía | 3 | 2,3 | 2 | 0,9 | 5 | 1,4 |

En la Tabla 3 se muestran los factores de riesgos y comorbilidades. Según los datos presentados en este estudio el 24,8 % de los encuestados manifestaron ser fumadores, siendo los hombres los que más practicaban este hábito 32,3 %. El 17,1 % refirió consumir alcohol al menos una vez al año y el 7,4 % expresó que lo consumían con relativa frecuencia (semanal y diaria). Sólo el 2,8 % presentó una conducta riesgosa (consumo diario), siendo el sexo masculino en sentido general el que más consume. Con respecto al ejercicio físico, se obtuvo que el 51,0 % de estas personas no lo realizaban, siendo las mujeres las menos practicantes. Sin embargo el 10,5 % lo hacía con una frecuencia diaria y entre 2 y 3 veces por semana, siendo los hombres los que predominaron. Inversamente a lo reportado en este estudio donde el 51,0 % de las personas tenían un comportamiento sedentario, un estudio en pacientes hipertensos en Colombia 20 arroja que el 75 % realiza ejercicio físico de manera regular, luego de una intervención integral, lo que sugiere que los cambios en los estilos de vida de los individuos no se produce a corto plazo. La hipertensión arterial y el tabaquismo son factores de riesgo independientes para el desarrollo de eventos cardiovasculares. Su consumo determina una elevación aguda de la presión arterial por acción del sistema simpático. En la entrevista realizada a estas personas se indagó sobre los antecedentes patológicos personales, el 36,9 % refirió no habérsele diagnosticado otra enfermedad además de la hipertensión. Como comorbilidades más prevalentes tuvimos la diabetes mellitus 22,9 % seguido de la hipercolesterolemia con un 17,6 % y la obesidad/sobrepeso con 15,4 %, siendo las mujeres las que más sufrían de estas dolencias en el caso de la hipercolesterolemia y el sobrepeso no así en la diabetes mellitus que predominaron los hombres contrario a lo habitualmente reportado. 21 Teniendo en cuenta las comorbilidades asociadas a la hipertensión arterial en un estudio que publica Rodríguez 14 encuentra similitud en las enfermedades que prevalecieron en este estudio, hipercolesterolemia 22,5 %, ansiedad/depresión 17,3 %, obesidad 15,5 % y diabetes mellitus 14,2 %. El control del riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos comienza con el diagnóstico de los factores de riesgo de forma individualizada, por lo que una dispensarización acertada con la identificación de todos los padecimientos que aquejan a las personas y otros estilos de vida asociados es muy importante para el control de la hipertensión. Valorar a los pacientes de forma integral garantiza el control no solo de sus niveles de presión arterial, sino además por la presencia o ausencia de daño en órganos diana o de otros factores de riesgo como el tabaquismo, dislipidemias, diabetes y sedentarismo, que actuando de forma conjunta aumentan la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, primeras causas de muerte en Cuba.22

**Tabla 4: Test de Morisky Green Levine. Policlínico Héroes de Girón. Cerro 2022.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adherencia al tratamiento | Si | No | % |
| 216 | 60,0 |
| No | 144 | 40,0 |

En la tabla 4 se observan los resultados de la adherencia al tratamiento farmacológico. A los 360 pacientes con indicación de tratamiento con fármacos, se le aplicó este test y se obtuvo que 216 personas (60%) estaban adheridos al tratamiento, mientras que 144 no cumplían con la prescripción médica, para una brecha de tratamiento de 40%. El 16,6% (60 personas) tuvieron una respuesta inadecuada, 13,8% (50 pacientes) dos de las preguntas,3,0% (11 personas) tres preguntas y 6,3% (23 personas) cuatro. Las preguntas que presentaron mayores incumplimientos fueron; olvida tomar los medicamentos 23,1% y olvida tomarlos a la hora indicada 29,4% . Similares resultados encontró Díaz Piñera 23 donde los pacientes hipertensos están adheridos en un 69,4%. Según Rodríguez Salvá y col. 14 el 20,7% son descuidados en el horario de toma los medicamentos y entre el 10 y el 11% olvidan tomárselo o lo dejan de tomar, tanto si se sienten bien o mal siendo la adherencia terapéutica de 50,7% inferior a la encontrada en nuestro estudio. En una investigación en Pinar del Río el 47,5 % de los pacientes están adheridos al tratamiento, representado por el grupo de edad de 65 años y más 24.

**Tabla 5.** Clasificación del Riesgo Cardiovascular e pacientes con hipertensión arterial

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Riesgo Cardiovascular** | **Masculino** | **Femenino** | **Total** |
| **No** | **%** | **No** | **%** | **No** | **%** |
| Riesgo Bajo | 10 | 7,5 | 11 | 4,7 | 21 | 6,3 |
| Riesgo moderado | 4 | 3,0 | 5 | 2,1 | 9 | 2,4 |
| Riesgo alto | 119 | 89,4 | 214 | 93,0 | 333 |  91,7 |

Predominaron los pacientes hipertensos con un Riesgo alto de padecer enfermedades cardiovasculares con un 91,7 % con predominio del sexo masculino y entre los factores de riesgo cardiovasculares se encontraron 83 pacientes con Diabetes Mellitus para un 24,9 % seguido de 60 pacientes con hipercolesterolemia para un 18,0 %, con Cardiopatía isquémica 34 para un 10,2 %, IMA 14 pacientes, Insuficiencia Renal crónica 8 y Retinopatía hipertensiva 5 pacientes, fueron seguidos de los pacientes con Riesgo Bajo para un 6,3 %. Contrario a estos resultados Baños Leyva y col.2 ,encontró que existe un predominio de riesgo bajo con 98 individuos que representa el 93,3 % del total de la muestra. Las categorías de riesgo moderado, alto, muy alto y crítico representan en conjunto el 6,7 % del total de hipertensos.

CONCLUSIONeS

Predominó el grado I de hipertensión arterial y por las comorbilidades asociadas predominaron los pacientes con riesgo alto de enfermedades cardiovasculares. Se demostró falta de control y no adherencia al tratamiento lo cuál evidencia deficiencias en la dispensarización y cumplimiento del programa, además de una baja percepción de riesgo en los pacientes