

Medicentro 2000;4(3)

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

ARTÍCULO ORIGINAL

Factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos con más de dos años de evolución

Por:

Dra. Carmen Cruz Brito¹, Dra. Norma González Alfonso², Ing. Caridad Rodríguez Santos³ y Lic. Matilde Cárdenas Carvajal⁴

1. Doctora en Medicina Veterinaria. Master en Salud Pública. Profesora Auxiliar de la Cátedra de Higiene y Epidemiología del ISCM-VC
2. Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesora Auxiliar de la Cátedra de Higiene y Epidemiología del ISCM-VC
3. Ingeniera Pecuaria. Asistente del Departamento de Bioestadística y Computación del ISCM-VC
4. Licenciada en Biología. Auxiliar técnico docente de la Cátedra de Higiene y Epidemiología. ISCM-VC

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el propósito de identificar la prevalencia de los factores de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial de más de dos años de evolución. La muestra estuvo constituida por 318 enfermos, seleccionados de forma aleatoria del total de pacientes dispensarizados, pertenecientes a 19 consultorios médicos que están atendidos por un Grupo Básico de Trabajo del Policlínico "XX Aniversario" de Santa Clara, en el primer semestre de 1999. Como resultados fundamentales se obtuvo que el 98% de los hipertensos estudiados estaban expuestos a uno o más factores de riesgo, y que prevalecen aún los pacientes que llevan más tiempo padeciendo la enfermedad. Se concluye que la complicación cardiovascular fue la más frecuente. Sólo seguía tratamiento farmacológico el 17,3 %, y otro 17,3% no realizada ninguna terapia.

Descriptores DeCS: enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo, hipertensión

SUMMARY

A descriptive observational study was made to establish prevalence of risk factors for cardiovascular diseases in hypertensive patients with more than 2 years of course. The sample was composed of

318 subjects, randomly chosen from the total number of patients treated in the 19 medical offices of a Basic Work Group of the polyclinic "XX Aniversario" of Santa Clara during the first half of 1999. As main results, it was found that 98 % of studied hypertensive patients were exposed to one or more risk factors and that patients with longer period of time suffering from this disease prevailed. It is concluded that cardiovascular complication was the most frequent one. Only 17,3 % followed drug treatment, and 17,3 % did not have any therapy.

Subject headings: cardiovascular diseases, risk factors, hypertension

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las afecciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo, y es una de las enfermedades crónicas que con más frecuencia padece el adulto. Se considera un problema de salud de proporciones epidemiológicas en el siglo XX. Es considerada en los países occidentales como un relevante problema de salud pública, tanto por su trascendencia sanitaria, como económica y social. La HTA es un proceso insidioso que puede provocar accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica, y cuanto mayor sea la presión sanguínea, mayor será el riesgo de accidentes vasculares, de ataques coronarios, enfermedad arterial periférica e insuficiencia renal. Es responsable del 10% de las muertes en las poblaciones de países industrializados, así como de un alto número de invalidez¹. En Cuba afecta al 15% de la población residente en zona rural y del 23 al 32% de los que residen en zona urbana².

La enfermedad hipertensiva posee un gran interés médico por sus efectos y la forma en que compromete la longevidad del paciente; sin embargo, frecuentemente la conducta adoptada por el paciente hipertenso con respecto a su enfermedad está muy lejos de ser la más adecuada. Su génesis no es conocida en el 95% de los casos, e inciden en ella múltiples factores, entre los cuales se encuentra el desarrollo de estilos de vida insanos, con condicionamiento mutuo entre éstos y la falta de planificación de un tiempo diario para dedicarse a sí mismo en sentido positivo³.

Considerando que la misión del equipo de salud es la vigilancia del estado de salud de la población, resulta esencial prevenir los factores de riesgo de las enfermedades con alta prevalencia, morbilidad y mortalidad⁴.

La prevención de esta afección es la medida más importante y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y control de la enfermedad es un gran desafío para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos.

Las medidas higiénico-dietéticas o "modificaciones en el estilo de vida" han demostrado su eficacia preventiva, conjuntamente con la farmacoterapia como complemento en la reducción de las cifras de presión arterial; asimismo, contribuyen a disminuir o evitar las dosis de fármacos o a retardar su consumo; es decir, que la calidad de vida de los pacientes tratados, mejora.

El empleo de las medidas mencionadas disminuye los costos y provoca menos efectos adversos que el tratamiento farmacológico y, aunque ambos son limitados, parece que podrían contribuir a reducir otros riesgos cardiovasculares, pese a las discrepancias existentes con varios autores^{3,5}. Acerca de la eficiencia de su uso sistemático, en principio parece recomendable su aplicación en todos los pacientes hipertensos antes del tratamiento farmacológico y durante el mismo. En nuestro país, a pesar de que existe un programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la HTA, que tiene como estrategia desarrollarse en el nivel primario de atención, y cuyas acciones fundamentales son promover cambios en los estilos de vida de la población para impulsar la prevención primaria, así como establecer la pesquisa y mejorar la calidad de la atención médica⁵, subsisten múltiples dificultades, como la presencia de factores de riesgo en la población asociados a la hipertensión arterial, que generan una alta incidencia y prevalencia de la enfermedad con sus consecuentes complicaciones.

Por tal motivo, nos propusimos realizar el presente trabajo, con el objetivo de identificar la presencia de algunos factores de riesgo en pacientes hipertensos con más de dos años de evolución.

MÉTODOS

Se realizó un análisis observacional descriptivo en un Grupo Básico de Trabajo (GBT) del área de Salud del Policlínico "XX Aniversario" del municipio de Santa Clara, en el primer semestre de 1999. Se utilizó el método de observación directa o documental y la técnica de análisis de contenido. Como método de investigación auxiliar fue empleado el método de encuesta, para lo cual se elaboraron cuestionarios al respecto.

De un universo de 3181 pacientes hipertensos dispensarizados en 19 consultorios médicos de familia, se tomó una muestra integrada por 318 pacientes hipertensos mayores de 18 años y de más de dos años de haber sido diagnosticados, lo que representó el 10% del total. Se aplicó el método de muestreo aleatorio simple, y fueron estudiadas las siguientes variables:

- Hipertensión arterial, factor de riesgo, hábito de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas, café, sal, grasa, sedentarismo y obesidad.

Se revisó la historia clínica individual de cada uno de los pacientes que conformaron la muestra para obtener información sobre estilos de vida, seguimiento, evolución y complicaciones (Anexo 1). Se aplicó un formulario a los afectados (Anexo 2) donde se recoge información de las variables estudiadas.

Se utilizaron técnicas cualitativas (encuesta formal e informal y grupo focal), con el objetivo de explorar acerca del desarrollo de las consultas multidisciplinarias de deshabituación tabáquica y alcohólica y de hipertensión arterial. Estas técnicas se aplicaron en las consultas a los profesionales que las desarrollan, y a los asistentes a las mismas, y se investigó el criterio de los profesores de los tres grupos básicos de trabajo y los directivos del área de salud. Fue aplicada la técnica de grupo focal, con la finalidad de conocer si existe la infraestructura que permite dar respuesta al tratamiento de los factores de riesgo fundamentales.

La información fue procesada en el Departamento de Bioestadística y Computación del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara. Se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for social Sciences), versión 6,0 sobre Windows.

El análisis estadístico se basó en la utilización de medidas descriptivas (media, desviación estándar e intervalos de confianza), así como medidas descriptivas para variables cualitativas (frecuencia, proporciones, porcentajes y tasas). Como pruebas de hipótesis se utilizaron diferencias de proporciones dentro de un mismo grupo y para grupos independientes, y pruebas no paramétricas, como la de Chi cuadrado.

En todos los casos, se tomaron como valores críticos para la significación estadística aquellos que por su representación fueran inferiores al 5 %, y para la altamente significativa, por debajo de 1 %.

RESULTADOS

La tasa de prevalencia por mil habitantes de pacientes hipertensos en la población estudiada es de 366,9, la de dispensarización por hipertensión arterial en la provincia de Villa Clara es de 124,2, y la del país para igual período es de 96,4 por mil habitantes respectivamente.

El 36,2% de los pacientes eran fumadores (tabla 1); el 25,2 % tenía de 3 a 5 años y 15 y más años de evolución de la enfermedad, respectivamente.

Tabla 1 Algunos factores de riesgo en pacientes hipertensos según años de evolución.

Años de Evolución	Hábito de fumar				Sedentarismo				Obesidad			
	SÍ		NO		SÍ		NO		SÍ		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2	6	5,2	15	7,4	12	6,1	9	7,5	10	5,4	11	8,3
3-5	29	25,2*	29	14,3*	33	16,7	25	20,8	27	14,5*	31	23,5*
6-8	15	13,0	21	10,3	21	10,6	15	12,5	23	12,4	13	9,8
9-11	21	18,3	28	13,8	29	14,6	20	16,7	27	14,5	22	16,7
12-14	15	13,0	18	8,9	22	11,1	11	9,2	17	9,1	15	11,4
15 y +	29	25,2**	92	45,3	81	40,9**	40	33,3	81	4,1**	40	30,3**
TOTAL	115	100	230	100	198	100	120	100	186	100	132	100
	115 / 318		36,2 %		198 / 318		62,3 %		186 / 318		58,5 %	

Fuente: Formulario

Resultó sedentario el 62,3% de los hipertensos y se hallaron diferencias altamente significativas ($p < 0,01$) al comparar las proporciones entre sedentarios y no sedentarios. Sin embargo, cuando se compararon estas categorías en los grupos de pacientes según años de evolución de la enfermedad no se observaron diferencias, con excepción del grupo de más de 15 años de evolución cuya diferencia fue altamente significativa ($p < 0,01$).

De los pacientes hipertensos, el 58,5 % eran obesos. Al comparar las proporciones de obesos y normopesos se encontraron diferencias altamente significativas ($p < 0,01$).

En el grupo de 3 a 5 años de evolución de la enfermedad fue significativa la diferencia ($p < 0,05$) a favor de los no obesos, y altamente significativa ($p < 0,01$) cuando se comparó el grupo de 15 años y más de evolución con el resto de los grupos.

La ingestión de bebidas alcohólicas, factor de riesgo asociado a la hipertensión arterial, se encontró en un 28,6% de la población estudiada, y el 6,6% fueron considerados alcohólicos (tabla 2).

Tabla 2 Otros factores de riesgo. Prevalencia en pacientes hipertensos según años de evolución.

Años de evolución	Ingestión de bebidas alcohólicas				Ingestión de café				Ingestión de grasa				Ingestión de sal			
	SÍ		NO		SÍ		NO		SÍ		NO		SÍ		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2	4	4,4	17	7,5	7	3,7	14	10,8*	4	7,8	17	6,4	6	6,7	15	6,6
3-5	23	25,3	35	15,4*	43	22,9*	15	11,5*	11	21,6	47	17,6	26	29,2**	32	14,0
6-8	12	13,2	24	10,6	21	11,2	15	11,5	7	13,7	29	10,9	8	9,0	28	12,2
9-11	19	20,9	30	13,2*	33	17,6	16	12,3	9	17,6	40	15,0	13	14,6	36	15,7
12-14	5	5,5	28	12,3	15	8,0	18	13,8	6	11,8	27	10,1	4	4,5*	29	12,7*
15 y +	20	30,8	93	41,0	69	36,7	52	40,0	14	27,5	107	40,1	32	36,0	19	38,9
TOTAL	91	100	227	100	188	100	130	100	51	100	267	100	89	100	229	100
	91 / 318		28,6 %		188 / 318		59,2 %		51 / 318		16,0 %		89 / 318		28,2 %	

Fuente. Formulario.

Al comparar las categorías de bebedores y abstemios según grupos de pacientes por años de evolución de la enfermedad, se observaron diferencias significativas ($p < 0,05$) en los grupos de 3 a 5 años y de 9 a 11 años de evolución; en el resto no hubo diferencias.

El 59,2% de los hipertensos estudiados están habituados o muy habituados a la ingestión de café, y el consumo es de tres o más tasas al día.

El 16% de los pacientes ingieren grasa en exceso. Se probó que existen diferencias altamente significativas ($p < 0,01$) a favor de la no ingestión excesiva.

El 28% ingiere sal de manera perjudicial, al añadirla en cantidades excesivas a los alimentos, y adicionarla después que éstos han sido elaborados.

En el grupo de pacientes de 3 a 5 años de evolución se observaron diferencias altamente significativas ($p < 0,01$) a favor del consumo perjudicial. Llama la atención que de los 89 pacientes hipertensos que consumían sal de forma perjudicial, 32 de ellos tenían más de 15 años de evolución de la enfermedad, lo que representa el mayor por ciento entre los consumidores.

Se observó que el 70,4% de los hipertensos están expuestos de uno a tres factores de riesgo, el 22,3 % de cuatro a cinco, el 5% lo está a seis ó más, mientras que el 2,2 está exento de los factores de riesgo analizados (Figura).

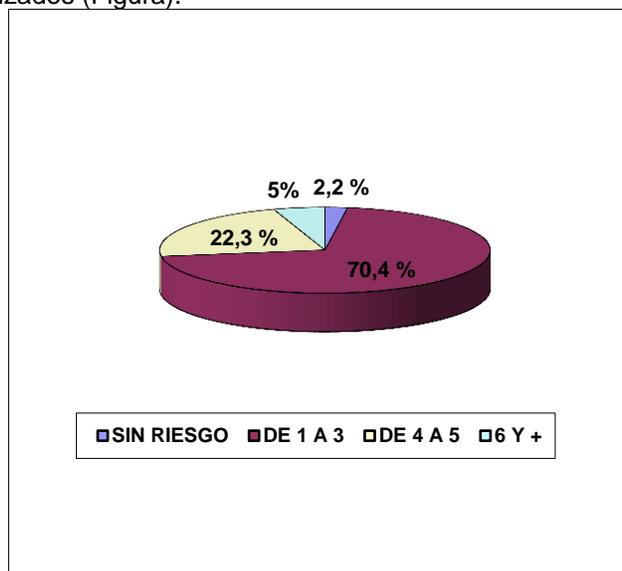


Figura Prevalencia de riesgo en pacientes hipertensos.

El 48,7 % de los pacientes recibía tratamiento farmacológico y el 17,3% tratamiento no farmacológico; ambos constituyen el 82,1 %, mientras que un 17,9% no recibía ningún tratamiento (tabla 3).

Tabla 3 Tratamiento a pacientes hipertensos.

Tratamiento	No.	%
Farmacológico	155	48,7
No farmacológico	55	17,3
Ambos	51	16,0
Subtotal	261	82,1
Sin tratamiento	57	17,9
TOTAL	318	100

Fuente. Formulario.

DISCUSIÓN

Es evidente que la tasa de dispensarización por hipertensión arterial en la población estudiada es aproximadamente el doble de la tasa de la provincia y tres veces mayor que la del país^{6,7}.

En una investigación similar realizada en un área de salud en la provincia de Sancti Spiritus sobre hábito de fumar⁸, se informó un 34,0 % de fumadores, cifra inferior a la encontrada por Labrador⁹

(48,4 %), inferior a su vez a la registrada en la Encuesta Nacional de alcoholismo, en la que aparece información sobre tabaquismo.

El 36,2 % de hipertensos fumadores en el presente trabajo constituye un reto para los trabajadores de la salud en la atención primaria, por tratarse de un grupo específico de población que padece una enfermedad crónica, la cual constituye uno de los principales riesgos para sufrir enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares, que son las principales causas de muerte en el territorio y en el país¹⁰.

En Cuba, el análisis de las estadísticas de salud destaca el aumento cada vez mayor de las enfermedades asociadas con el hábito de fumar. Anualmente el conjunto de defunciones por enfermedades de conocida relación con este hábito alcanza proporciones importantes^{9,10}.

Rodríguez¹², en su estudio halló un 66,7 % de sedentarios, porcentaje algo superior al informado por nosotros (62,3 %).

Existe consenso en que cuando la obesidad aparece asociada a cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, se convierte en un factor de riesgo para estas afecciones¹³.

Según lo establecido en los Objetivos, Propósitos y Directrices para el año 2000, se estima que entre los cambios favorables que se deben obtener mediante el control de los factores de riesgo, está lograr no más de un 6,0% de obesos en el sexo masculino y 16,0 % en el femenino. Esto significa reducir la obesidad en la muestra estudiada en un 40 % aproximadamente.

La relación entre la ingestión de alcohol e hipertensión arterial es causal, ya que al cesar el consumo disminuye la tensión arterial, la que aumenta gradualmente con el reinicio del consumo. El mecanismo del efecto hipertensivo no está suficientemente aclarado, aunque existen varias teorías que tratan de explicarlo¹⁴.

No se observaron diferencias significativas al comparar el comportamiento del consumo en los grupos de pacientes según años de evolución de la enfermedad, por lo que inferimos que la ingestión de bebidas alcohólicas no se ha modificado en estos pacientes con el incremento de los años de evolución.

Kaplan¹⁵ afirma que los hipertensos que ingieren frecuentemente alcohol tienen 4,2 veces más riesgo de padecer enfermedades cerebrovasculares que los hipertensos abstemios.

González Méndez¹⁶ señala que la ingestión de café es un hábito que puede producir taquicardia, extrasístoles y aumento de las cifras tensionales. No obstante, es un hábito arraigado en nuestra población que está presente en los pacientes estudiados, y mantiene similar comportamiento a pesar de los años de evolución de la enfermedad.

El Proyecto INTERSAL es uno de los estudios más interesantes realizados en los últimos años, y su principal hallazgo fue la confirmación de la relación estrecha que existe entre el consumo de sal y la elevación de la presión arterial, lo cual se hace más evidente con la edad¹⁷.

La presencia de factores de riesgo, tanto para la enfermedad como para otras afecciones crónicas, aumenta la incidencia de hipertensión arterial y sus complicaciones.

Los pacientes hipertensos no son bien controlados por el equipo de salud, ni realizan con sistematicidad el tratamiento médico. Así lo demuestran los resultados expresados en la tabla 3.

En el tratamiento de la hipertensión arterial, tanto farmacológico como no farmacológico, tiene gran importancia la actitud que asuma el paciente, y ésta a su vez está influida por el nivel de conocimiento que tenga la población acerca de sus causas, los factores que aceleran el proceso y sus síntomas, elementos que deben ser explicados por su médico y, además, divulgados por los medios de difusión masiva¹⁸.

La atención primaria de salud supone la integración de las actividades de promoción de salud y prevención de las enfermedades, así como la curación y la rehabilitación. En la práctica esta teoría no resulta fácil. La presión asistencial, la falta de recursos, la escasa tradición o discrepancias sobre cómo actuar ante los diferentes problemas de salud, constituyen algunas de las dificultades que surgen a la hora de iniciar un programa de actividades preventivas¹⁹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortega Garrido JC, Rodríguez Cruzado JA. Estudio epidemiológico de la hipertensión arterial en la población policial. Rev MAPFRE 1995;6 (4):264-269.

2. Comisión Nacional de Hipertensión. Guía práctica para el manejo de la hipertensión arterial. La Habana : Ministerio de Salud Pública; [s.a.]
3. Astencio Sariol G, Lucas A. Yogoterapia en la hipertensión arterial esencial. Rev Cubana Invest Biomed 1997;15(1):29-37.
4. Organización Panamericana de la Salud. La hipertensión como un problema de salud comunitario. Washington : OPS;1992 (Serie PALTEX No 3).
5. Macías Castro I, Cordies Jackson L, Landrove Rodríguez O, Pérez Caballero D, Vázquez Vigoa A, Alfonso Guerra J, et al. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evolución y Control de la Hipertensión Arterial. La Habana : Ministerio de Salud Pública; 1998.
6. Villa Clara. Anuario Estadístico 1996-1998. Santa Clara : Sectorial Provincial de Salud; 1999.
7. Cuba. Anuario Estadístico. La Habana : Ministerio de Salud Pública; 1998.
8. Valdés Pérez N, Cabrales Escobar J.A, Ramos Ulloa M, Martínez C. Hábito de fumar de la población mayor de 15 años del Policlínico Norte de Sancti Spiritus. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(2):127-134.
9. Labrador GH, Fabregas JD. Características del hábito de fumar en una población rural. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(2):135-138.
10. Cuba. Carpeta Metodológica 1999-2000. La Habana : Ministerio de Salud Pública.
11. Rigol Ricardo O, Pérez Carballa F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal JE. Los factores de riesgo. La Habana : Pueblo y Educación; 1985.
12. Rodríguez Domínguez L, Herrera Gómez V, Torres Prieto DM, Rodríguez Peña R. Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en los trabajadores de la oficina del MINBAS. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(5):474-480.
13. Rodríguez O, Méndez A. Diagnóstico de la obesidad en el adulto. ¿Qué criterio seguir?. Rev Cubana Med Gen Integr 1991;7(2):155-159.
14. Almodóvar GC, Carriera J, Panderó J, Luque Otero M. Asociación de consumo de café, tabaco y alcohol con la presión arterial de una población natural (Mora de Toledo). Hipertensión 1996;13(2):45-58.
15. Kaplan NM. Tratamiento farmacológico y no farmacológico en la hipertensión arterial. Clin Med Norteam 1987. p. 969-985.
16. González Méndez M. Cómo librarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, el tabaco y el alcohol. Rev Cubana Med Gen Integr 1995; 11(3):253-284.
17. Vázquez Vigo A, Caballero Martín JC, Cruz Álvarez NM. La hipertensión arterial: Su evolución en los últimos años. Rev Cubana Med 1997;36(1):42-51.
18. Dueñas A, De la Noval R, González JC. Educación al paciente hipertenso. Manual de entrenamiento para el personal de salud. La Habana : Ciencias Médicas; 1995.
19. Auba J, Arasa H, Manzanto A. Actividades preventivas. Un estudio en áreas básicas de salud. Rev ROL Enferm 1995;(211):13-16.

ANEXO 1 Formulario. Datos a obtener de la Historia Clínica Individual

I. Datos generales.

1. Nombre y apellidos: _____
2. Edad: _____
3. Sexo: _____ M _____ F
4. Raza: _____ B _____ N _____ M
5. Peso: _____
6. Talla: _____

II. Datos del tema.

1. Fecha de diagnóstico: _____

2. Diagnóstico: Eencial: _____
 Secundario: _____

3. Estilo de vida:

- Fumador: _____ Sí _____ No
- Ingestión de bebidas alcohólicas _____ Sí _____ No
- Ingestión excesiva de grasa _____ Sí _____ No
- Ingestión perjudicial de sal _____ Sí _____ No
- Ingestión de café _____ Sí _____ No
- Realiza ejercicios físicos _____ Sí _____ No

4. Seguimiento:

- ◆ Cada 3 meses: _____
- ◆ Cada 6 meses: _____
- ◆ Una vez al año: _____
- ◆ No aparece seguimiento: _____

5. Tratamiento:

- ◆ Farmacológico _____
- ◆ No farmacológico _____

7. Complicaciones:

Corazón _____ Riñón _____ Cerebro _____
 Ojos _____ No tiene complicaciones _____

ANEXO 2 Encuesta.

Este formulario será aplicado a los pacientes hipertensos que conforman la muestra:

Por favor, tenga la amabilidad de contestar las preguntas con la mayor exactitud posible. De esta forma, contribuirá a que arribemos a conclusiones fidedignas que permitirán, en alguna medida, perfeccionar estilos de trabajo y trazar estrategias que redundarán en beneficios para mejorar el estado de salud de la población.

Debe marcar con una cruz (x) las respuestas que correspondan con su caso.

1. Nombre y apellidos: _____
2. Edad: _____
3. Raza: _____ B _____ N _____ M
4. Ocupación:

Obrero de servicio _____	Técnico _____
Dirigente administrativo _____	Jubilado _____
Ama de casa _____	Otros _____
5. Nivel de escolaridad:

Primaria _____	Secundaria _____
Preuniversitario _____	Universitario _____
6. Ingreso familiar: \$ _____
7. Número de integrantes del núcleo familiar: _____
8. Años de evolución de la enfermedad:

2 años ____ 3-5 años ____ 6 – 8 años ____
9-11 años ____ 12-14 años ____ 15 y más ____

9. Hábitos tóxicos:

a). Fuma tabacos o pipa: ____ Sí ____ No

- ____ Menos de 5 cigarrillos al día.
- ____ Entre 10 y 20 cigarrillos al día.
- ____ Más de 2 cigarrillos al día.

b). Fuma cigarrillos: ____ Sí ____ No

- ____ Menos de 5 cigarrillos al día.
- ____ Entre 10 y 20 cigarrillos al día.
- ____ Más de 20 cigarrillos al día.

c). Ingiere bebidas alcohólicas. : ____ Sí ____ No

- ____ Excepcionalmente bebe.
- ____ 3 veces por semana.
- ____ Más de 3 veces por semana.
- ____ Cuando no toma padece de temblores, nerviosismo o falta de sueño, dolor de cabeza, sudoración, diarreas.
- ____ Padece de polineuritis, cirrosis hepática, gastritis y úlcera gástrica.

d). Ingiere café: : ____ Sí ____ No

- ____ Una taza al día.
- ____ Dos tazas al día.
- ____ Tres o más tazas al día.

e). Ingestión de sal: : ____ Sí ____ No

- ____ Come la comida baja de sal.
- ____ Come la comida normal de sal.
- ____ Come la comida salada.

f). Ingestión de grasa. : ____ Sí ____ No

- ____ Ingiere grasa de origen animal.
- ____ Ingiere grasa de origen vegetal.
- ____ Ingiere ambas.
- ____ Ingiere sólo la grasa que utiliza en la elaboración de los alimentos.

10. Realiza ejercicios físicos: ____ Sí ____ No

- ____ Durante la jornada laboral.
- ____ Permanece la mayor parte del tiempo de la jornada laboral de pie o sentado.

11. Realiza otro tipo de ejercicio físico: ____ Sí ____ No

- ____ Monta bicicleta
- ____ Carrera
- ____ Caminatas
- ____ Aeróbicos
- ____ Practica algún deporte.

¿Cuántas veces a la semana?: _____
¿De más de 30 minutos de duración? _____

12. Cuánto pesa: _____

13. Cuánto mide: _____

14. El médico le ha explicado algunos de los aspectos relacionados a continuación acerca de su enfermedad.

- ___ No comer con grasa de origen animal.
- ___ Comer con grasa de origen vegetal.
- ___ Comer bajo de sal.
- ___ No ingerir bebidas alcohólicas.
- ___ No tomar café.
- ___ No fumar.
- ___ Bajar de peso corporal.
- ___ Realizar ejercicios físicos.
- ___ Comer pocos carbohidratos.
- ___ Comer frutas y vegetales.
- ___ Asistir a las consultas programadas.
- ___ La importancia del tratamiento.

15. ¿Cómo evalúa la actividad de promoción y prevención que realiza el equipo de salud con usted y sus familiares?.

Bien ___ Regular ___ Mal ___

16. Padece alguna enfermedad de:

- Corazón ___ Riñón ___
- Cerebro ___ (Accidente vascular encefálico) ___
- (Infarto cerebral) ___
- Ojos ___ (retinopatía, glaucoma, presión ocular alta)

17. Tiene o tuvo algún familiar hipertenso (padre, madre, hermano, abuelo, hijos).