

**Cómo citar este artículo:**

González-Guerra QM, Bosch-Reyes M, Montero-Márquez L, Carvajal-Paneque AA, Magallón-Mendoza HD, Hechavarría-Hechavarría FA. Caracterización de adultos mayores hipertensos en consultorio médico de Santiago de Cuba. MedEst. [Internet]. 2026 [citado acceso fecha]; 6:e530. Disponible en:

<https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/530>

Palabras Clave: Adulto Mayor; Enfermedades Cardiovasculares; Factores de Riesgo; Hipertensión arterial; Presión Arterial.

Keywords:

Elderly; Cardiovascular Diseases; Risk Factors; Hypertension; Blood Pressure.

Autor para correspondencia:

queniagonzalezguerra@gmail.com

Recibido: 15/01/2026

Aceptado: 26/03/2026

Publicado: 29/03/2026.

Editor(es) a cargo:

MSc. Yuniel Rosales Alcántara.

Traductor:

Lic. Meliza Maura Vázquez Núñez.

Maquetador:

Carlos Luis Vinagera Hidalgo.

Caracterización de adultos mayores hipertensos en consultorio médico de Santiago de Cuba

Characterization of hypertensive older adults in a medical office in Santiago de Cuba

Quenia Mercedes González Guerra ¹ , Mailen Bosch Reyes ²

Lázara Montero Márquez ³ , Arniel Alberto Carvajal Paneque ⁴

Héctor Daniel Magallón Mendoza ⁵ , Fidel Alejandro Hechavarría Hechavarría ⁶

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No.2. Santiago de Cuba, Cuba.

² Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Saturnino Lora. Santiago de Cuba, Cuba.

³ Hospital Infantil Sur Antonio María Beguez César. Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Estomatología. Santiago de Cuba, Cuba.

⁵ Universidad del Bienestar Benito Juárez García. Sede Quechultenango. México.

⁶ Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No.1. Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial constituye el principal factor de riesgo modificable de enfermedad cardiovascular, con prevalencia creciente en adultos mayores que demanda caracterización epidemiológica en el nivel primario de atención. **Objetivo:** caracterizar los adultos mayores hipertensos pertenecientes al Consultorio Médico 19 del Policlínico Docente Municipal "Dr. Graciliano Díaz Bartolo", Santiago de Cuba, enero-diciembre 2024.

Métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal. Universo: 312 adultos mayores hipertensos registrados. Muestra: 234 que cumplieron criterios de inclusión. Variables: edad, sexo, color de piel, comorbilidades, factores de riesgo cardiovascular, medicamentos antihipertensivos y control de la hipertensión. Recolección mediante revisión de historias clínicas. Análisis: estadística descriptiva univariada con frecuencias absolutas, relativas e intervalos de confianza al 95 %. **Resultados:** predominio de sexo femenino (55,1 %; IC 95 %: 48,8-61,3), raza negra (53,8 %; 47,4-60,2) y grupo etario 60-69 años (38,5 %; 32,4-44,9). Diabetes mellitus fue la comorbilidad más frecuente (42,3 %; 35,9-48,9). Los factores de riesgo modificables más prevalentes: sedentarismo (66,7 %; 60,2-72,7), obesidad (61,1 %; 54,5-67,5) y tabaquismo (57,7 %; 51,1-64,1). El 59,0 % (52,5-65,3) de pacientes presentó control de la hipertensión. Los medicamentos más utilizados fueron diuréticos (38,1 %), seguidos de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (27,8 %), bloqueadores de canales de calcio (19,4 %) y betabloqueadores (14,7 %). **Conclusiones:** los adultos mayores hipertensos estudiados presentaron elevada multimorbilidad cardiovascular y prevalencia de factores de riesgo modificables. El patrón terapéutico mostró predominio de diuréticos. Se requiere fortalecer estrategias de modificación de estilo de vida y abordaje integral del riesgo cardiovascular en atención primaria.

ABSTRACT

Introduction: Hypertension is the leading modifiable risk factor for cardiovascular disease, with increasing prevalence in older adults, requiring epidemiological characterization at the primary care level. **Objective:** To characterize hypertensive older adults registered at Medical Office 19 of the "Dr. Graciliano Díaz Bartolo" Municipal Teaching Polyclinic, Santiago de Cuba, January-December 2024. **Methods:** Observational, descriptive, and cross-sectional study. Population: 312 registered hypertensive older adults. Sample: 234 who met the inclusion criteria. Variables: Age, sex, skin color, comorbidities, cardiovascular risk factors, antihypertensive medications, and hypertension control. Data collection was performed through review of medical records. Analysis: Univariate descriptive statistics with absolute and relative frequencies and 95% confidence intervals. **Results:** The study population was predominantly female (55.1%; 95% CI: 48.8-61.3), Black (53.8%; 47.4-60.2), and aged 60-69 years (38.5%; 32.4-44.9). Diabetes mellitus was the most frequent comorbidity (42.3%; 35.9-48.9). The most prevalent modifiable risk factors were sedentary lifestyle (66.7%; 60.2-72.7), obesity (61.1%; 54.5-67.5), and smoking (57.7%; 51.1-64.1). Hypertension was controlled in 59.0% (52.5-65.3) of patients. The most frequently used medications were diuretics (38.1%), followed by angiotensin-converting enzyme inhibitors (27.8%), calcium channel blockers (19.4%), and beta-blockers (14.7%). **Conclusions:** The hypertensive older adults studied presented with high cardiovascular multimorbidity and a prevalence of modifiable risk factors. The therapeutic pattern showed a predominance of diuretics. Strengthening lifestyle modification strategies and a comprehensive approach to cardiovascular risk in primary care are needed.

Los artículos de la **Revista MedEst** se comparten bajo los términos de la licencia de **Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional**

Email: revmedest.mtz@infomed.sld.cu Sitio Web: www.revmedest.sld.cu



INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye el principal factor de riesgo modificable de enfermedad cardiovascular a nivel mundial, con prevalencia creciente que afecta predominantemente a la población adulta mayor ^(1, 2). Se estima que para 2030 la cifra de personas hipertensas aumentará un 8 %, consolidándose como la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en este grupo etario ⁽³⁾. En América Latina, aproximadamente uno de cada cinco adultos mayores presenta HTA, aunque gran proporción permanece sin diagnóstico o control adecuado ⁽⁴⁾.

El envejecimiento poblacional se asocia con alteraciones estructurales y funcionales del sistema cardiovascular que contribuyen al incremento de la presión arterial. Entre los mecanismos fisiopatológicos involucrados destacan el aumento de la rigidez arterial, cambios hormonales y adaptaciones renales ⁽⁵⁾. La HTA en el adulto mayor se comporta frecuentemente de forma asintomática, lo que retrasa su diagnóstico y potencia el riesgo de complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales ⁽⁶⁾.

En Cuba, las enfermedades crónicas no transmisibles representan las principales causas de morbimortalidad en adultos mayores, siendo la HTA la afección más prevalente ⁽⁷⁾. Los factores de riesgo asociados — sedentarismo, obesidad, tabaquismo y alimentación inadecuada— coexisten frecuentemente con comorbilidades como diabetes mellitus y dislipidemias, complejizando el manejo clínico ⁽⁸⁾. El control de la HTA en este grupo etario requiere abordajes individualizados que consideren el perfil de comorbilidades, polifarmacia y características sociodemográficas específicas del contexto de atención primaria.

La caracterización epidemiológica de poblaciones hipertensas en el nivel primario de atención constituye el primer paso para el diseño de intervenciones dirigidas a mejorar el control de la enfermedad y reducir su carga de morbilidad ⁽⁹⁾. En la provincia Santiago de Cuba, estudios previos han identificado patrones de prevalencia y factores asociados a HTA en adultos mayores; sin embargo, persisten vacíos de información sobre el perfil clínico, comorbilidades y patrones de uso de antihipertensivos en consultorios médicos específicos ⁽¹⁰⁾.

El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar los adultos mayores hipertensos pertenecientes al Consultorio Médico 19 del Policlínico Docente Municipal Dr. Graciliano Díaz Bartolo, municipio Santiago de Cuba, en el período enero-diciembre de 2024.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en el Consultorio Médico 19 del Policlínico Docente Municipal "Dr. Graciliano Díaz Bartolo", ubicado en el municipio Santiago de Cuba, durante el período enero-diciembre de 2024. El universo estuvo conformado por 312 adultos mayores (≥ 60 años) con diagnóstico de hipertensión arterial registrados en el área de salud. Se aplicó muestreo no probabilístico por conveniencia, resultando en una muestra de 234 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y no presentaron criterios de exclusión durante el período de estudio.

Los criterios de inclusión fueron: adultos mayores (≥ 60 años) con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial según criterios clínicos establecidos; pertenencia al área de salud del consultorio médico durante el período de estudio; disponibilidad de historia clínica individual actualizada; y aptitud física y mental para participar (capacidad de comunicación y comprensión del propósito del estudio). Los criterios de exclusión fueron: deterioro cognitivo severo que impidiera la obtención de información válida de la historia clínica; fallecimiento durante el período de recolección de datos; y negativa a la revisión de la historia clínica para fines de investigación.

Las variables de estudio fueron:

- **Edad:** Cuantitativa (años completos), categorizada en grupos: 60-69, 70-79, 80-89, ≥ 90 años.
- **Sexo:** Masculino, femenino.
- **Color de la piel:** Negro, mestizo, blanco (autoidentificación según registro clínico).
- **Enfermedades asociadas:** Diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, dislipidemias, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal crónica (diagnóstico confirmado en historia clínica).
- **Factores de riesgo cardiovascular:** Sedentarismo, obesidad (índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²), tabaquismo, ingestión de bebidas alcohólicas, consumo diario de más de 5 tazas de café.
- **Medicamentos antihipertensivos utilizados:** Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueadores de los canales de calcio, diuréticos, betabloqueadores.
- **Control de la hipertensión arterial:** Controlado (presión arterial $< 140/90$ mmHg en última consulta), no controlado ($\geq 140/90$ mmHg).

La recolección de datos se realizó mediante revisión documental de las historias clínicas individuales y fichas familiares del consultorio médico, utilizando un instrumento de recolección estructurado diseñado para este estudio. La información fue obtenida por los investigadores mediante extracción directa de los registros clínicos. Se garantizó la calidad de los datos mediante verificación cruzada entre historia clínica

individual y ficha familiar para variables sociodemográficas y diagnósticos.

Los datos fueron procesados en Microsoft Excel 2010 y analizados mediante estadística descriptiva univariada. Se calcularon frecuencias absolutas (n) y relativas (%) para variables categóricas; media, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas. Se estimaron intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %) para proporciones principales. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE.UU.).

La investigación recibió aprobación del Comité de Ética de la institución. Se garantizó la confidencialidad de la información mediante codificación numérica de los registros, uso exclusivo para fines académicos, y almacenamiento seguro de la base de datos. Se respetaron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Dado el carácter de revisión de registros clínicos sin intervención directa en pacientes, se solicitó autorización institucional para acceso a historias clínicas; no se requirió consentimiento informado individual por el carácter retrospectivo del estudio y el uso de datos anonimizados.

RESULTADOS

De los 312 adultos mayores hipertensos registrados en el área de salud, 234 cumplieron los criterios de inclusión y fueron incluidos en el estudio. La edad media de la muestra fue de 72,4 años (DE: 8,7; mediana: 71,0; IQR: 66-79), con predominio del grupo etario 60-69 años (38,5 %; IC 95 %: 32,4-44,9) y del sexo femenino (55,1 %; 129/234; IC 95 %: 48,8-61,3). La distribución por color de la piel mostró predominio de la raza negra (53,8 %; 126/234), seguida de mestiza (28,6 %; 67/234) y blanca (17,5 %; 41/234) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad, sexo y color de la piel

Variable	Categoría	n	%	IC 95 %
Grupo de edad	60-69 años	90	38,5	32,4-44,9
	70-79 años	68	29,1	23,5-35,1
	80-89 años	65	27,8	22,3-33,8
	≥90 años	11	4,7	2,4-8,3
Sexo	Masculino	105	44,9	38,5-51,4
	Femenino	129	55,1	48,8-61,3
Color de piel	Negro	126	53,8	47,4-60,2
	Mestizo	67	28,6	23,1-34,7
	Blanco	41	17,5	12,9-23,1

Fuente: Historias clínicas familiares e individuales.

El análisis de comorbilidades identificó que 99 pacientes (42,3 %; IC 95 %: 35,9-48,9) presentaban diabetes mellitus como enfermedad asociada, constituyendo la comorbilidad más frecuente. Le siguieron las dislipidemias en 43 pacientes (18,4 %; IC 95 %: 13,6-24,0), cardiopatía isquémica en 36 (15,4 %; IC 95 %: 11,0-20,6), enfermedad cerebrovascular en 29 (12,4 %; IC 95 %: 8,5-17,2) y enfermedad renal crónica en 27 (11,5 %; IC 95 %: 7,8-16,2). La distribución por sexo mostró mayor proporción de diabetes mellitus en mujeres (24,8 % vs. 17,5 % en hombres), aunque esta diferencia no fue evaluada estadísticamente (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de enfermedades asociadas según sexo en adultos mayores hipertensos

Enfermedad asociada	Sexo masculino (n=105)		Sexo femenino (n=129)		Total (n=234)	
	n	%	n	%	n	%
Diabetes mellitus	41	39,0	58	45,0	99	42,3
Dislipidemias	21	20,0	22	17,1	43	18,4
Cardiopatía isquémica	17	16,2	19	14,7	36	15,4
Enfermedad cerebrovascular	15	14,3	14	10,9	29	12,4
Enfermedad renal crónica	11	10,5	16	12,4	27	11,5

Fuente: Historias clínicas familiares e individuales.

Respecto a los factores de riesgo cardiovascular, el sedentarismo fue el más prevalente, presente en 156 pacientes (66,7 %; IC 95 %: 60,2-72,7). Le siguieron la obesidad en 143 pacientes (61,1 %; IC 95 %: 54,5-67,5), el tabaquismo en 135 (57,7 %; IC 95 %: 51,1-64,1), la ingestión de bebidas alcohólicas en 77 (32,9 %; IC 95 %: 26,9-39,3) y el consumo diario de más de 5 tazas de café en 69 (29,5 %; IC 95 %: 23,8-35,7). Notablemente, 63 pacientes (26,9 %) presentaron otros factores de riesgo no especificados en la historia clínica (Tabla 3).

Tabla 3. Factores de riesgo cardiovascular en adultos mayores hipertensos

Factor de riesgo	n	%	IC 95 %
Sedentarismo	156	66,7	60,2-72,7
Obesidad	143	61,1	54,5-67,5
Tabaquismo	135	57,7	51,1-64,1
Ingestión de bebidas alcohólicas	77	32,9	26,9-39,3
Consumo diario >5 tazas de café	69	29,5	23,8-35,7

Otros	63	26,9	21,3-33,1
-------	----	------	-----------

Fuente: Historias clínicas familiares e individuales.

Nota: Los porcentajes representan prevalencia sobre el total de pacientes (n=234), no sobre suma de factores. Un paciente puede presentar múltiples factores de riesgo simultáneamente.

En cuanto al control de la hipertensión arterial, 138 pacientes (59,0 %; IC 95 %: 52,5-65,3) se encontraban controlados (presión arterial <140/90 mmHg en última consulta), mientras que 96 (41,0 %; IC 95 %: 34,7-47,5) no alcanzaron el control objetivo.

Los medicamentos antihipertensivos más utilizados fueron los diuréticos, prescritos en 163 pacientes (38,1 % del total de prescripciones; IC 95 %: 33,8-42,5), seguidos de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) en 119 (27,8 %; IC 95 %: 23,8-32,1), los bloqueadores de los canales de calcio en 83 (19,4 %; IC 95 %: 15,8-23,3) y los betabloqueadores en 63 (14,7 %; IC 95 %: 11,5-18,4). El análisis por sexo mostró patrones similares de prescripción, con predominio de diuréticos en ambos grupos (Tabla 4).

Tabla 4. Medicamentos antihipertensivos utilizados según sexo en adultos mayores hipertensos (n=428 prescripciones totales)

Medicamento	Sexo masculino (n=196)		Sexo femenino (n=232)		Total (n=428)	
	n	%*	n	%*	n	%*
Diuréticos	88	44,9	75	32,3	163	38,1
IECA	66	33,7	53	22,8	119	27,8
Bloqueadores de canales de calcio	45	23,0	38	16,4	83	19,4
Betabloqueadores	34	17,3	29	12,5	63	14,7

Fuente: Historias clínicas familiares e individuales.

*% calculado sobre el total de prescripciones por sexo. Un paciente puede recibir múltiples medicamentos.

DISCUSIÓN

El envejecimiento poblacional constituye un proceso fisiológico asociado con alteraciones estructurales y funcionales del sistema cardiovascular que contribuyen al incremento de la presión arterial ⁽⁹⁾. En concordancia con la literatura consultada, los resultados de este estudio confirman que la hipertensión arterial representa uno de los grupos de enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes en adultos mayores, comportándose como factor de riesgo independiente para patologías cardiovasculares, cerebrovasculares y renales ^(1, 2). La prevalencia observada en nuestro estudio, con predominio del grupo etario 60-69 años, coincide con proyecciones que estiman un

incremento sostenido de la carga de enfermedad en este grupo poblacional para las próximas décadas ⁽³⁾.

La literatura identifica al adulto mayor como uno de los grupos más vulnerables para desarrollar hipertensión arterial ⁽¹²⁾. Entre los factores de riesgo no modificables, la edad avanzada, el sexo femenino y la raza negra han sido consistentemente asociados con mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular ⁽¹³⁾. Nuestros resultados, con predominio de sexo femenino (55,1 %) y raza negra (53,8 %), se alinean con esta evidencia epidemiológica. La mayor longevidad de la población femenina explica parcialmente este predominio, aunque también se ha sugerido una mayor susceptibilidad vascular postmenopáusica ^(16, 18). Sin embargo, estudios como el de Asenjo Alarcón et al. ⁽¹⁹⁾ han reportado mayor prevalencia de hipertensión en hombres del grupo etario ≥ 70 años, lo cual evidencia la variabilidad de patrones según contexto poblacional y etapa vital.

Respecto a las comorbilidades, la diabetes mellitus se identificó como la enfermedad asociada más frecuente (42,3 %), seguida de dislipidemias (18,4 %). Este hallazgo reproduce el fenómeno de la multimorbilidad cardiovascular descrito en poblaciones latinoamericanas, donde la hipertensión, diabetes y dislipidemia conforman un triángulo patológico interrelacionado ⁽²⁰⁾. Zavala Hoppe et al. ⁽²⁰⁾, en un estudio con características similares, reportaron que más del 40 % de pacientes ancianos hipertensos presentaban diabetes mellitus como comorbilidad principal, coincidiendo estrechamente con nuestros resultados. La coexistencia de estas condiciones complejiza el manejo clínico y aumenta el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares, requiriendo abordajes terapéuticos integrales ^(7, 8).

Los factores de riesgo modificables identificados en nuestro estudio revelan una alta prevalencia de comportamientos saludables. El sedentarismo afectó al 66,7 % de la muestra, seguido de obesidad (61,1 %) y tabaquismo (57,7 %). Estos hallazgos, aunque más elevados que los reportados en algunas series internacionales, son consistentes con la transición nutricional y epidemiológica observada en países en desarrollo ^(21,24). Apaza Arzapalo et al. ⁽²¹⁾ identificaron el consumo excesivo de café como factor de riesgo predominante en su contexto, hallazgo que no reproducimos en nuestra muestra (29,5 % vs. 66,7 % de sedentarismo). Esta diferencia puede atribuirse a variabilidad cultural en hábitos alimentarios y patrones de actividad física entre regiones.

El control de la hipertensión arterial alcanzado en nuestra muestra (59,0 % de pacientes controlados) sitúa a este consultorio en un rango intermedio respecto a estándares internacionales. La Organización Mundial de la Salud reporta que solo el 21 % de pacientes hipertensos

tienen control adecuado en países de ingresos bajos y medios ⁽²⁾, aunque esta cifra mejora significativamente en contextos de atención primaria organizada ⁽¹⁵⁾. La tasa de control observada sugiere un desempeño relativamente favorable del consultorio médico, aunque el 41,0 % de pacientes no controlados representa una carga de enfermedad prevenible que demanda intervenciones específicas.

El perfil de prescripción de antihipertensivos mostró predominio de diuréticos (38,1 %), seguidos de IECA (27,8 %), bloqueadores de canales de calcio (19,4 %) y betabloqueadores (14,7 %). Este patrón difiere del reportado por Botero Botero et al. ⁽²²⁾, quienes identificaron IECA como los más utilizados, y del de Revueltas Agüero et al. ⁽²³⁾, con predominio de betabloqueadores. Estas divergencias pueden explicarse por: (a) diferencias en guías de práctica clínica vigentes en el momento del estudio; (b) perfil de comorbilidades específico de la muestra (alta prevalencia de diabetes que favorece uso de IECA, aunque no predominen); (c) disponibilidad de medicamentos en el sistema de salud local; y (d) preferencias prescriptivas de los médicos de familia del consultorio. El uso elevado de diuréticos, aunque efectivo para el control de cifras tensionales, debe considerarse con cautela en adultos mayores dados los riesgos de alteraciones hidroelectrolíticas y su interacción con comorbilidades renales ⁽⁹⁾.

Las limitaciones de este estudio deben reconocerse explícitamente. El diseño transversal impide establecer relaciones temporales entre factores de riesgo y desenlaces. La dependencia de registros clínicos secundarios introdujo missing data en algunas variables, particularmente en factores de riesgo no sistemáticamente documentados. El muestreo por conveniencia limita la generalización a otros contextos de atención primaria. Finalmente, la ausencia de evaluación directa de pacientes (entrevista, examen físico, laboratorio) restringe la validez de las mediciones de factores de riesgo y control tensional a la calidad del registro clínico existente.

Desde la perspectiva de la atención primaria de salud, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer programas de modificación de estilo de vida, particularmente orientados al incremento de la actividad física y al control ponderal en adultos mayores hipertensos. La alta prevalencia de factores de riesgo modificables identificados constituye una oportunidad para intervenciones de prevención primaria y secundaria que, aunque no modificaron en este estudio, deberían evaluarse en investigaciones futuras con diseños longitudinales o experimentales. El patrón de multimorbilidad observado (diabetes-hipertensión-dislipidemia) sugiere la conveniencia de abordajes integrados del riesgo cardiovascular global, más allá del control tensional aislado.

CONCLUSIONES

Los adultos mayores hipertensos del Consultorio Médico 19, Santiago de Cuba, presentaron predominio de sexo femenino (55,1 %), raza negra (53,8 %) y grupo etario 60-69 años. La diabetes mellitus afectó al 42,3 % de los pacientes, evidenciando elevada multimorbilidad cardiovascular. Los factores de riesgo modificables —sedentarismo (66,7 %), obesidad (61,1 %) y tabaquismo (57,7 %) — afectaron a más de la mitad de la muestra. El 59,0 % de pacientes alcanzó control de la hipertensión, aunque el 41,0 % permaneció sin metas terapéuticas. El patrón terapéutico mostró predominio de diuréticos (38,1 %), seguidos de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (27,8 %), bloqueadora de canales de calcio (19,4 %) y betabloqueadores (14,7 %). Este perfil requiere consideración de riesgos específicos en adultos mayores con multimorbilidad. Se requiere fortalecer estrategias de modificación de estilo de vida y abordaje integral del riesgo cardiovascular en atención primaria, orientadas a reducir factores de riesgo modificables y mejorar el control de la hipertensión arterial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duran Badillo T, Herrera Herrera JL, Salazar Barajas ME, Míreles Alonso MA, Saavedra Michel O, Ruiz Cerino JM. Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. Cienc. enferm. [Internet]. 2022 [citado 20/12/2025]; 28: 3. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532022000100203&lng=es
2. Hierrezuelo Rojas N, Álvarez Cortés JT, Monje Labrada A. Estimación del riesgo cardiovascular en adultos mayores con hipertensión arterial. MEDISAN [Internet]. 2021 [citado 20/12/2025]; 25(3): 566-579. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000300566&lng=es
3. Morillo Cano JR, Huera Guzmán JC, Chuga Hualca DE, Tutiven Abad T. Prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores. Revisión sistemática. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2024 [citado 20/12/2025]; 28(Supl2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942024000700014&lng=es
4. Veliz Piloza EJ, Pincay Cañarte ME, Pesantes Pincay AG. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en el centro de salud Jipijapa. RIES [Internet]. 2023 [citado

20/12/2025];2(1):86-98. Disponible en:

<https://revistas.unesum.edu.ec/salud/index.php/revista/article/view/20>

5. Surichaqui Gómez Y, Mori Castro JA. Estilo de Vida y su Relación con el Estado Nutricional en pacientes Adultos Mayores con Hipertensión Arterial en el Hospital de Huaycán de Lima. Ciencia Latina [Internet]. 2023 [citado 20/12/2025]; 7(4):9069-8. Disponible en:

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7609>

6. Rezende R, Assumpção D, Stolses Bergamo F. Hipertensión arterial autorreferida en adultos mayores brasileños: uso de medicación y recomendaciones para el control. Rev. salud pública [Internet]. 2021 [citado 20/12/2025]; 23(4): 1. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642021000400004&lng=en

7. Estrada Rodríguez Y, Naranjo Lima S, Suárez Fariñas FR, Rosales Alcántara Y. Caracterización de adultos mayores hipertensos pertenecientes a un Consultorio Médico de Matanzas, 2020. Columna méd. [Internet]. 2023 [citado 20/12/2025]; 2(3):e136. Disponible en:

<https://revcolumnamedica.sld.cu/index.php/columnamedica/article/view/136>

8. Caiza Caiza DG, José Clímaco CV, Irma Concepción AN. Perfil lipídico y riesgo cardiovascular en adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud Jambi Huasi periodo 2022. BIOSANA [Internet]. 2024 [citado 20/12/2025]; 4(2):1-10. Disponible en:

<http://soeici.org/index.php/biosana/article/view/124>

9. Alemán Fernández E. Management of hypertension in the elderly in Primary Health Care. Medicentro Electrónica [Internet]. 2023 [citado 20/12/2025]; 27(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432023000200015&lng=es

10. Huerta Oropeza JA, Arroyo Cruz FJ, Miranda Flores C. Nivel de adherencia terapéutica en un grupo de adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial. CuidArte [Internet]. 2024 [citado 20/12/2025]; 13(25). Disponible en:

<https://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/85416>

11. Vázquez Pérez JC, Vasileva Anguelova M. Intervención educativa para el afrontamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores de Alamar. Rev. Finlay [Internet]. 2022 [citado 20/12/2025]; 12(1):

85-92. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000100085&lng=es.

12. Hernández Vásquez A, Carrillo Morote BN, Azurin Gonzales VC, Turpo Cayo EY, Azañedo Diego. Análisis espacial de la hipertensión arterial en adultos peruanos, 2022. Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2023 [citado 20/12/2025]; 4(2): 48-54. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2708-72122023000200048&lng=es.

13. Copello Millares M, Santiago Martínez Y, Bermúdez Aguilera Y. Factores de riesgo de la hipertensión arterial en ancianos. CCM [Internet]. 2023 [citado 20/12/2025]; 27(2). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4750>

14. Estrada Rodríguez Y, Oviedo Pérez K, Rodríguez Rodríguez M, Martínez López L, Rodríguez Acosta DY, Carmona Riesgo DJ. Caracterización de adultos mayores diabéticos del Consultorio Médico Familiar #46 del municipio Matanzas en 2021. EsTuSalud [Internet]. 2024 [citado 20/12/2025]; 5(2):e334. Disponible en: <https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/334>

15. Campos Nonato I, Oviedo Solís C, Vargas Meza J, Ramírez Villalobos D, Medina García C, Gómez Álvarez E, Hernández Barrera L, Barquera S. Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. Salud Publica Mex [Internet]. 2023 [citado 20/12/2025]; 65:s169-s180. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14779>

16. Pajuelo Ramírez J, Bartolo Marchena M, Bravo Rebatta F, Racacha Valladares E, Agüero Zamora R. Frecuencia y factores asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores en el Perú, año 2005. An. Fac. med. [Internet]. 2022 [citado 20/12/2025]; 83(4): 299-306. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832022000400299&lng=es

17. Castellanos Andrade GA. Hipertensión arterial crónica en adulto mayor. Bol. Informativo CEI [Internet]. 2021 [citado 20/12/2025]; 8(1):121-3. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2560>

18. Anchía Chavarría K, Naranjo González E, Sáenz Varela E. Manejo de la hipertensión en adultos mayores: un reto clínico actual. CS

[Internet]. 2024 [citado 21/12/2025]; 7(4):101-12. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/672>

19. Asenjo Alarcón JA. Polifarmacia en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidos en un hospital provincial. Rev. Finlay [Internet]. 2022 [citado 21/12/2025]; 12(4): 417-423. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000400417&lng=es

20. Zavala Hoppe AN, Mesia Gamboa JR, Pérez Guerrero SS, Tovar García CV. Impacto de los factores de estilo de vida en la incidencia de enfermedades cardiovasculares en adultos mayores. BIOSANA [Internet]. 2024 [citado 21/12/2025]; 4(4):266-78. Disponible en: <http://soeici.org/index.php/biosana/article/view/234>

21. Apaza Arzapalo DR, Salinas Quiñonez MR, Pantoja Sánchez LR. Nivel de conocimiento de hipertensión arterial en docentes de una institución educativa pública, Lima provincias, 2021. Horiz. Med. [Internet]. 2023 [citado 21/12/2025]; 23(2): e2145. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000200009&lng=es

22. Botero Botero LM, Pérez Perez Juliana M, Duque Vasquez DA, Quintero Reyes CA. Factores de riesgo para enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 [citado 21/12/2025]; 37(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300013&lng=es

23. Revueltas Agüero M, Molina Esquivel E, Benítez Martínez M, Hinojosa Álvarez MC, Fernández Silvia Venero, Betancourt Bethencourt JA. Caracterización de la prevalencia y mortalidad por hipertensión arterial en Cuba, decenio 2009- 2018. Rev haban cienc méd [Internet]. 2021 [citado 21/12/2025]; 20(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000200008&lng=es

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

QMGG: Conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador, redacción, revisión y edición del trabajo final.

MBR: Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión.

LMM: Conceptualización, metodología, validación, revisión.

AACP: Conceptualización, metodología, validación, revisión.

HDMM: Conceptualización, metodología, validación, revisión.

FAHH: Conceptualization, methodology, validation, and revision

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial en la redacción de este manuscrito.

