

Correlación de los factores de riesgo y mejoras en el estilo de vida en hipertensos

Correlation of risk factors and improvements in lifestyle in hypertensive patients

Mayerli Reyshel Franco Rivera^{a,*} mayerlifranco02@outlook.com

Elías Moisés Blacio Arce^a, eblacio2@utmachala.edu.ec

Freddy Andrés Santana Cáceres^a fsantana1@utmachala.edu.ec

Maribel Emperatriz Romero Orellana^a mromero22@utmachala.edu.ec

Klever Geovanny Cárdenas Chacha^a pulmosalud.O2@gmail.com

a. Universidad Técnica de Machala, Carrera de Medicina, Machala, El Oro, Ecuador.

*Autor por correspondencia: Mayerli Franco Rivera; mayerlifranco02@outlook.com

Citation: Franco M., Blacio E., Santana F. Romero M.. & Cárdenas K. Correlación de los factores de riesgo y mejoras en el estilo de vida en hipertensos. *Revista Ciencia Ecuador* 2025, 7, 29. URL: <https://cienciaecuador.com.ec/index.php/ojs/article/view/298>.

Received: 22/1/2025

Accepted: 12/3/2025

Published: 12/3/2025

Publisher's Note: Ciencia Ecuador stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2025 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Resumen

Introducción: La hipertensión arterial, conocida como uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, representa un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial. **Metodología:** Estudio cualitativo de tipo descriptivo. Se empleó la metodología PRISMA para la recopilación de artículos científicos de los últimos 5 años. **Resultados:** Los principales factores de riesgo asociados a la HTA fueron la hipercolesterolemia (60,37 %), el sedentarismo (54,1 %), la obesidad (53,6 %) y los antecedentes familiares (55,7 %), resaltando la importancia de estilos de vida saludables. **Conclusiones:** Se destaca la relevancia de promover estilos de vida saludables, el control de hábitos nocivos y la personalización de estrategias preventivas para su manejo integral.

Palabras claves: Hipertensión arterial. Factores de riesgo. Estilos de vida. Tratamiento.

Abstract

Arterial hypertension, recognized as one of the main risk factors for cardiovascular diseases, represents a significant challenge for global public health. **Objectives:** 1. Identify the main risk factors associated with arterial hypertension, providing tools for its prevention and control. 2. Analyze the impact of promoting healthy lifestyles as an essential part of non-pharmacological management to optimize blood pressure control. 3. Explore the impact of adherence to medical treatment and regular clinical follow-up in reducing associated complications. **Methods:** Qualitative descriptive study. The PRISMA methodology was used to collect scientific articles from the last five years. **Results:** The main risk factors associated with arterial hypertension were hypercholesterolemia (60.37 %), sedentary lifestyle (54.1 %), obesity (53.6 %), and family history (55.7 %), highlighting the importance of healthy lifestyles. **Conclusions:** The study emphasizes the relevance of promoting healthy lifestyles, controlling harmful habits, and personalizing preventive strategies for comprehensive management.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Lifestyles. Treatment.

Introducción

La hipertensión arterial, conocida como uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, representa un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial. Este trastorno crónico se caracteriza por un incremento sostenido de la presión arterial, lo que genera una carga significativa sobre el sistema cardiovascular y otros órganos vitales. Su asociación con eventos graves como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal la convierte en una prioridad dentro de los programas de salud global (1).

De acuerdo con la OMS, la hipertensión afecta a más de 1,280 millones de personas adultas en el mundo, siendo preocupante que dos tercios de estos casos se concentran en países con ingresos bajos y medianos. Además, cerca del 46 % de quienes padecen esta condición

desconocen su diagnóstico, y solo el 42 % recibe atención médica adecuada para controlarla (2). A nivel global, alrededor de 1,000 millones de personas, equivalentes al 20-35 % de la población, padecen hipertensión arterial, contribuyendo a aproximadamente 7.1 millones de muertes anuales. En América Latina, la prevalencia alcanza el 47.5 % en adultos, con tasas más elevadas en países como México, Brasil y Argentina, y afecta con mayor frecuencia a poblaciones urbanas que rurales (3).

Por su parte, en el Ecuador, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, el 19.8 % de la población sufre de hipertensión arterial, de los cuales el 17 % no la tiene controlada y el 56.3 % no sigue tratamiento. Esta condición genera complicaciones severas en órganos vitales como el cerebro, los riñones y el corazón. Su prevalencia aumenta con la edad, afectando al 40% de las personas mayores de 65 años. Para abordar este problema, el programa Buen Vivir de las Personas busca reducir los factores de riesgo relacionados con la hipertensión, promoviendo prácticas saludables y culturales que contribuyan al bienestar integral de la población (4).

Desde una perspectiva clínica, la hipertensión no tratada o mal controlada representa una problemática crítica debido a su impacto en la calidad de vida y su capacidad de desencadenar múltiples complicaciones. Entre estas destacan los eventos cardiovasculares y renales, que no solo comprometen la salud del paciente, sino que también generan una carga económica considerable para los sistemas de salud. Este escenario evidencia la urgencia de implementar medidas efectivas de prevención, diagnóstico y tratamiento que aborden los factores de riesgo asociados y promuevan cambios significativos en el estilo de vida (5).

La hipertensión arterial (HTA) puede estar condicionada por factores tanto genéticos como ambientales, los cuales influyen en las diferencias regionales y raciales de la presión arterial. Entre los factores de riesgo más relevantes destacan la obesidad, presente en el 60 % de los hipertensos con más del 20% de sobrepeso, y una dieta rica en sodio, pero deficiente en calcio y potasio. Esta condición, conocida como la asesina silenciosa debido a su falta de síntomas, está asociada a complicaciones graves como infarto de miocardio, accidentes

cerebrovasculares, enfermedad renal crónica y vasculopatías periféricas, lo que dificulta su diagnóstico oportuno (6).

Por tanto, es crucial investigar la relación entre los factores de riesgo y las mejoras en el estilo de vida en personas con hipertensión arterial, ya que este conocimiento fortalece la práctica médica y la promoción de la salud. Entender cómo la obesidad, el sedentarismo y una dieta alta en sodio afectan la hipertensión permite diseñar estrategias preventivas y de manejo más eficaces. Por ende, promover estilos de vida saludables, como la actividad física, una dieta equilibrada y la reducción del estrés, no solo es una medida no farmacológica clave para el control de la presión arterial, sino también una herramienta esencial para prevenir complicaciones cardiovasculares a largo plazo.

Metodología

En la presente revisión sistemática de la literatura científica es un estudio cualitativo de tipo descriptivo. Se empleó la metodología PRISMA, basado en la obtención y recopilación de información documental sistemática de investigaciones previamente realizadas, donde se comparará distintos artículos científicos con el objetivo de llegar a conocer el panorama de los factores de riesgos en relación con la hipertensión arterial y los modelos de estilos de vida saludable con el fin de reducir los niveles de tensión arterial. Se recurrió a bases de datos como: PubMed, Scielo, Science Direct, Redalyc y Google académico, Cochrane, donde se seleccionaron artículos con un intervalo de tiempo de los últimos 5 años.

Desarrollo

La hipertensión arterial (HTA) se define como una condición crónica caracterizada por niveles de presión arterial (PA) persistentemente elevados. En términos generales, se considera que la PA es normal cuando los valores son < de 120 mmHg PAS y 80 mmHg PAD. Según las guías norteamericanas del American College of Cardiology y la American Heart Association (ACC/AHA 2017), junto con otras instituciones, la HTA se diagnostica cuando la presión arterial alcanza o supera los 130/80 mmHg. No obstante, las guías europeas más

recientes (ESC/ESH 2023) establecen como criterio diagnóstico valores de 140/90 mmHg o más, obtenidos en varias mediciones consecutivas (7).

Entre los factores de riesgo modificables, se encuentran aquellos que ofrecen una oportunidad positiva para prevenir la enfermedad. El sobrepeso y la obesidad, causados por el consumo excesivo de alimentos altos en grasas y sal, incrementan significativamente la presión arterial; sin embargo, por cada kilogramo de peso perdido, esta puede disminuir entre 1.6 y 1.3 mmHg. Asimismo, el sedentarismo tiene un efecto hipertensivo al reducir la funcionalidad de los barorreceptores, lo que aumenta la estimulación simpática, disminuye la elasticidad arterial y afecta la sensibilidad a la insulina. Por esta razón, se recomienda incluir una rutina de actividad física regular, al menos tres a cuatro veces por semana, para mitigar estos riesgos (8).

De igual forma, el consumo de tabaco incrementa el riesgo de aterosclerosis al provocar daño en el endotelio vascular, aumentar los niveles de colesterol y reducir la sensibilidad a la insulina. Por otro lado, la ingesta de alcohol puede generar hipertensión arterial debido a la activación del sistema nervioso simpático central, mientras que la cafeína es capaz de desencadenar picos agudos en la presión arterial. En este sentido, es fundamental educar a los pacientes en la prevención de la hipertensión, promoviendo estilos de vida saludables que incluyan ejercicio físico, una dieta balanceada y la eliminación de sustancias perjudiciales como el tabaco, el alcohol y la cafeína (8).

Dentro de los factores de riesgo no modificables se encuentran diversos aspectos que tienen una influencia negativa en el desarrollo de la hipertensión arterial. Uno de los más relevantes es la historia familiar, ya que las personas con antecedentes de esta patología en su familia tienen una mayor probabilidad de padecerla. En cuanto al sexo, los hombres presentan un riesgo más alto de desarrollar hipertensión en comparación con las mujeres, aunque este riesgo aumenta en las mujeres durante el periodo postmenopáusico. Por su parte, las personas de etnia negra tienen una mayor predisposición a sufrir de hipertensión, aunque otras etnias también pueden desarrollarla debido a cambios en el estilo de vida y la persistencia de factores de riesgo. Finalmente, la edad avanzada incrementa la posibilidad

de rigidez arterial, lo que afecta la circulación sanguínea y aumenta el riesgo de hipertensión (8).

La historia clínica desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y la evaluación de los factores de riesgo relacionados con la hipertensión arterial (HTA), conforme a las recomendaciones actuales. En este contexto, se sugiere analizar las mediciones iniciales de la presión arterial, junto con los antecedentes personales y familiares de enfermedades cardiovasculares, factores del estilo de vida, y posibles síntomas asociados con condiciones coexistentes. Asimismo, se enfatiza la importancia de una exploración física exhaustiva que permita confirmar el diagnóstico y detectar posibles daños en órganos diana o la presencia de HTA secundaria (9).

Además, es necesario realizar evaluaciones de signos vitales, inspeccionar el pulso venoso yugular, auscultar el tórax, y palpar los miembros inferiores para identificar signos como el edema periférico (signo de fóvea) o alteraciones en el pulso radio-femoral. Durante la valoración por sistemas, se deben buscar signos de agrandamiento renal, medir la circunferencia del cuello (valores mayores a 40 cm están asociados con apnea del sueño), evaluar el tamaño de la glándula tiroides y calcular parámetros como el índice de masa corporal y la relación cintura-cadera (9).

El diagnóstico de HTA requiere mediciones repetidas tanto en consultorio como en el hogar o de forma ambulatoria, realizadas en intervalos de 1 a 4 semanas. Estas mediciones ayudan a identificar casos de "hipertensión de bata blanca", caracterizada por lecturas elevadas solo en el consultorio, mientras que las mediciones domiciliarias se mantienen normales, con una prevalencia del 10-30%. De igual manera, se reconoce la "hipertensión enmascarada", donde los pacientes inicialmente presentan valores normales, pero evolucionan a una hipertensión sostenida, afectando entre el 10-15 %. En ambos escenarios, es fundamental confirmar el diagnóstico con mediciones adicionales y considerar tanto cambios en el estilo de vida como tratamiento farmacológico (9).

Las guías publicadas en 2007 por la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología establecieron como recomendación disminuir la presión arterial a valores inferiores a 140/90 mmHg en pacientes hipertensos, con la posibilidad de reducirla

aún más si el paciente lo tolera adecuadamente. En casos específicos, como en personas con diabetes o condiciones de alto riesgo, incluidos antecedentes de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, disfunción renal o proteinuria, se sugiere alcanzar valores inferiores a 130/80 mmHg (10).

El tratamiento de la hipertensión arterial tiene como objetivo central reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas. Aunque el beneficio del tratamiento farmacológico es claro en casos de hipertensión grave, aún no se ha definido un límite inferior en el que este beneficio deje de ser significativo. Por otro lado, ciertos medicamentos, como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y los betabloqueantes, han demostrado eficacia en condiciones específicas, como la insuficiencia cardíaca congestiva o después de un infarto de miocardio, incluso con valores de presión arterial normales o bajos (11).

En el manejo de la hipertensión arterial, los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II) se destacan como una opción preferida frente a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), debido a su mejor perfil de seguridad y su mayor eficacia en la reducción de la presión arterial. En cuanto a los diuréticos, los tiazídicos se consideran los más recomendados por su acción prolongada y menor impacto en el metabolismo, mientras que los diuréticos ahorradores de potasio son reservados como alternativa en casos de hipertensión resistente. Por su parte, los antagonistas de los canales de calcio constituyen la primera línea de tratamiento en pacientes de raza negra o aquellos con hipertensión sistólica aislada. Este enfoque permite personalizar la elección del tratamiento antihipertensivo, considerando tanto la efectividad como las características específicas de cada paciente (12).

La prevención de HTA se fundamenta en fomentar un peso adecuado y estilos de vida saludables. Por ende, se debe evitar el aumento de peso contribuye significativamente a reducir la presión arterial y aplicar la dieta DASH que ha demostrado ser una intervención dietética eficaz para pacientes con HTA, ayudando a disminuir y mantener niveles óptimos de presión arterial. Esta dieta prioriza el consumo de pollo, pescado, nueces y cereales, limitando carnes rojas, dulces y bebidas azucaradas. Su efectividad se atribuye a la inclusión de frutas, verduras y lácteos, que aportan calcio, magnesio y potasio, minerales que

favorecen la vasodilatación y regulan la vasoconstricción, contribuyendo a reducir la presión arterial (13).

Además, junto con una alimentación equilibrada, la actividad física regular desempeña un papel crucial en la prevención de la HTA y en la reducción del riesgo cardio metabólico. Según las pautas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, se recomienda realizar al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada a vigorosa para mantener una buena salud cardiovascular (13).

Por otro lado, el ayuno intermitente se presenta como una estrategia adicional, consistente en alternar días de ayuno con restricción calórica total o parcial (hasta el 25 % de la energía diaria) con días de alimentación libre. Este enfoque ha mostrado efectos positivos en la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica, posiblemente debido a la pérdida de peso corporal, que disminuye la producción de catecolaminas, reduce el tono simpático, incrementa la excreción renal de sodio y mejora la sensibilidad a la insulina (14).

El consumo de tabaco está estrechamente relacionado con un aumento en el riesgo de mortalidad cardiovascular. Abandonar este hábito aporta beneficios significativos a la salud en cualquier etapa de la vida. Además, los efectos negativos del tabaquismo no solo afectan al fumador, sino también a quienes están expuestos al humo de segunda mano, causando daños igualmente perjudiciales. El tabaco provoca un incremento agudo en la presión arterial y la frecuencia cardíaca, un efecto que persiste durante más de 15 minutos después de fumar, debido a la estimulación del sistema nervioso simpático a nivel central. Por ello, se recomienda que todos los fumadores reciban asesoramiento para dejar de fumar (15).

Para mejorar la salud cardiovascular, es crucial promover hábitos de vida saludables mediante la educación sanitaria y la intervención activa de los equipos de salud comunitarios. Esto incluye el control de hipertensos, la detección de nuevos casos y el fomento de conductas saludables, basadas en los pilares fundamentales de la prevención. También es esencial garantizar la adherencia a tratamientos efectivos y accesibles, complementados con una dieta equilibrada, logrando así disminuir los factores de riesgo y reducir las complicaciones cardiovasculares en la población (15).

Resultados

Tabla 1. Factores de riesgo asociadas a la hipertensión arterial

Factor de riesgo	Fre-cuencia	Fuente
Sexo (hombre)	36,4 %	(16)
	40,7 %	(17)
	89 %	(18)
Edad > 45 años	32,2 %	(17)
	44,8 %	(18)
	52 %	(19)
Ante- cedente fami- liar	79,38 %	(20)
	25,8 %	(19)
	62 %	(21)
Hipercolestero- lemia	67,01 %	(20)
	66,5 %	(22)
	47,6 %	(23)
Sobrepeso - Obesidad	77,31 %	(20)
	56,7 %	(23)
	26,9 %	(24)
Sedentarismo	86,59 %	(20)
	58 %	(23)
	18 %	(24)
Hábito de fu- mar	44,32 %	(20)
	36,6 %	(22)
	55,3 %	(23)
	30 %	(20)

Alcohol	61,6 %	(22)
	31,5 %	(23)

Tabla 2. Correlación de los factores de riesgo de la hipertensión arterial

Factores de riesgo	Porcentaje (%)
Sexo (hombre)	55,3 %
Edad > 45 años	43,3 %
Antecedente familiar	55,7 %
Hipercolesterolemia	60,37 %
Sobrepeso - Obesidad	53,6 %
Sedentarismo	54,1 %
Hábito de fumar	45,4 %
Alcohol	41,03 %

En la tabla 1, se recopilaron datos estadísticos provenientes de diferentes estudios significativos previamente investigados en el que se muestran los resultados de un análisis enfocándose en los factores de riesgo más relevantes relacionados con la hipertensión arterial. Este tipo de metodología permite identificar patrones comunes y prioritarios para la prevención. Entre los factores destacados, el sedentarismo alcanza cifras elevadas, evidenciando su relación directa con la hipertensión debido a su impacto en la funcionalidad cardiovascular. El antecedente familiar y la obesidad también se identifican como factores significativos con una prevalencia considerable. Estos resultados subrayan la necesidad de intervenciones orientadas a modificar hábitos de vida y aumentar la actividad física como parte integral de la prevención de la hipertensión arterial.

En la tabla 2, los datos reflejan la correlación entre diversos factores de riesgo y la hipertensión arterial, destacando porcentajes específicos que permiten una mejor comprensión de su impacto. El sedentarismo (54.1 %) y la hipercolesterolemia (60.37 %) se posicionan como factores críticos, al igual que el antecedente familiar (55.7 %), lo que indica una fuerte predisposición genética y conductual. El sobrepeso y la obesidad (53.6 %) contribu-

yen significativamente al aumento de la presión arterial debido a su relación con alteraciones metabólicas. Por otro lado, el hábito de fumar (45.4 %) y el consumo de alcohol (41.03 %) muestran una correlación moderada, pero relevante, evidenciando su papel en la progresión de la hipertensión. Estos hallazgos respaldan la necesidad de estrategias educativas y programas de intervención que fomenten cambios sostenibles en el estilo de vida, como una dieta balanceada y ejercicio regular, junto con la eliminación de hábitos nocivos como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.

Discusión

Un análisis similar revela que los factores de riesgo más vinculados con la presión arterial elevada son la obesidad, el sedentarismo, los hábitos alimenticios inadecuados y los antecedentes familiares de hipertensión arterial. Se identificó que el 59.4 % de los participantes presentaban uno o dos factores de riesgo, de los cuales el 38.9 % mostró valores tensionales por encima de lo normal. En contraste, el resto de los factores evaluados no presentó una asociación significativa con la hipertensión (25).

En nuestra investigación, la hipercolesterolemia emerge como uno de los factores de riesgo más significativos, en línea con los hallazgos de otro estudio que reporta una prevalencia del 53 %. Este dato refuerza la estrecha relación entre las dislipidemias y el incremento del riesgo de eventos cardiovasculares. Además, se observa que los pacientes hipertensos con dislipidemias tienden a experimentar mayor rigidez arterial, lo cual se atribuye a un estilo de vida caracterizado por "conductas obesogénicas". Estas incluyen el consumo frecuente de alimentos procesados y conservas con altos niveles de sal, así como la preferencia por comidas rápidas o "chatarra" (26).

Diversas evidencias respaldan la influencia significativa de los antecedentes familiares de HTA en los valores de presión arterial. Se estima que cerca del 70 % de esta predisposición genética familiar se debe a la presencia de genes compartidos, más que a factores ambientales comunes. Estos hallazgos coinciden con un estudio realizado en el municipio Plaza de la Revolución, La Habana, donde se observó una mayor frecuencia de hipertensión en

individuos con antecedentes familiares de HTA en comparación con aquellos sin tales antecedentes, incrementándose aún más cuando el parentesco era más cercano (22).

El consumo regular de alcohol eleva la tensión arterial. Se estima que por cada 10 g de alcohol consumido incrementa la TA 1 mmHg.²⁹ Cuando se analizó en los adultos mexicanos la ingesta de ≥ 5 copas de alcohol por semana con la razón de prevalencia de TA controlada, se observó que en los consumidores de alcohol fue 43% menor la posibilidad de estar controlados que en los adultos no consumidores. Por tanto, se recomienda reducir progresivamente los hábitos tóxicos como el tabaco y consumo de alcohol y la implementación de una mejora en el estilo de vida (23).

A pesar de las recomendaciones desde el primer nivel de atención y los medios de comunicación para adoptar una dieta balanceada en el control de la hipertensión arterial, aún persiste la falta de una cultura alimentaria que priorice los grupos de alimentos esenciales, sus cantidades y frecuencias adecuadas. El consumo excesivo de grasas saturadas no solo eleva los niveles de colesterol, sino que también incrementa el riesgo de hipertensión, enfermedades cardiovasculares y otras patologías crónicas. Por ello, se promueve una dieta rica en potasio y calcio, con un alto consumo de frutas y vegetales, y una reducción significativa en la ingesta de grasas saturadas (20).

Por otro lado, el sedentarismo se consolida como un factor de riesgo crítico para la hipertensión arterial, ya que favorece la acumulación de colesterol y ácidos grasos libres, contribuyendo a la dislipidemia y al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. En contraste, la actividad física se reconoce como un pilar de vida saludable, con evidencias claras de su efecto protector tanto en personas sanas como en aquellas con afecciones cardiovasculares. Este efecto se atribuye a mecanismos como la movilización de células progenitoras del endotelio y el mantenimiento de la integridad vascular, lo que subraya la importancia de la promoción del ejercicio regular en la prevención y manejo de la hipertensión (20).

Conclusión

En el análisis de los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, se identificaron como más relevantes la hipercolesterolemia, el sedentarismo, la obesidad y los antecedentes familiares de hipertensión. Estos hallazgos confirman la influencia significativa de estos factores en el desarrollo y progresión de la enfermedad, destacando especialmente el impacto de las dislipidemias en la rigidez arterial y su estrecha relación con conductas alimenticias inadecuadas, como el consumo de alimentos procesados y altos en sodio.

El estudio evidenció que la promoción de estilos de vida saludables, como una dieta balanceada rica en potasio y calcio, acompañada de un aumento en la actividad física, constituye un pilar esencial para la prevención y manejo no farmacológico de la hipertensión arterial. La inactividad física y los hábitos alimentarios deficientes no solo contribuyen a la aparición de hipertensión, sino que también aumentan el riesgo de complicaciones cardiovasculares, reforzando la necesidad de estrategias preventivas integrales.

La estrecha correlación entre los antecedentes familiares y la hipertensión resalta la importancia de implementar medidas de prevención específicas para individuos con predisposición genética. Adicionalmente, el control de hábitos nocivos, como el consumo de alcohol y tabaco, y la adherencia al tratamiento médico y al seguimiento clínico son fundamentales para minimizar el impacto de la hipertensión en la calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones asociadas a esta condición.

Identificación de la responsabilidad y contribución de los autores:

Los autores declaran haber contribuido en idea original y planificación del estudio (MF, MR), ejecución del estudio, análisis e interpretación de resultados (EB, FS, MR, MF), redacción del artículo (MF, MR) y correcciones finales (KC).

Consideraciones éticas

Los pacientes estuvieron de acuerdo en la presentación de este trabajo y brindaron consentimiento firmado por escrito para la realización de este reporte.

Revisión por pares:

El manuscrito fue revisado por pares ciegos y fue aprobado oportunamente por el Equipo Editorial de la revista CIENCIA ECUADOR

Conflictos de intereses

No hubo ningún conflicto de interés entre los autores.

Financiamiento:

Financiación propia.

Referencias

1. Morillo Cano JR, Huera Guzmán JC, Chuga Hualca DE, Tutiven Abad T. Prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores. Revisión sistemática. Revista de Ciencias Médicas del Pinar del Río. 2024 Noviembre; 28(2): p. 1-10.
2. Delgado Galeano M. Historia de la hipertensión arterial: revisión narrativa. SALUD UIS. 2022 Mayo; 55(23043): p. 1-10.
3. Pineda Varela RE, Zurita Guevara JR, Morales JP, Solís Loor TA, Zambrano A. Epidemiología, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en Ecuador: Un análisis integral desde una revisión de la literatura. REVISTA UNESUM-Ciencias. 2024 Mayo; 8(2): p. 1-17.
4. Pico Pico AL, Reyes Reyes EY, Anchundia Alvia DA, Moreno Cobos MDIÁ. Comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en el Ecuador. RECIMUNDO. 2023 Octubre; 7(4): p. 1-9.
5. Ruiz Alejos A, Carrillo Larco RM, Bernabé Ortiz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y

- metaanálisis. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2021 Diciembre; 38(4): p. 521-529.
6. Carbo Coronel GM, Berrones Vivar LF, Guallpa González MJ. Riesgos modificables relacionados a la hipertensión arterial. Más Vita. Revista de Ciencias de Salud. 2022 Abril; 4(2): p. 1-19.
7. Galián Ramírez C. Evaluación de la infuencia de la dieta DASH en la prevención y control de la presión arterial: una revisión bibliográfica. Tesis. Catalunya: Universidad Oberta de Catalunya, Master Universitario y Nutrición en Salud; 2024.
8. Torres Pérez RF, Quinteros León MS, Pérez Rodríguez MR, Molina Toca EP, Avila Orellana FM, Molina Toca SC, et al. Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial y el riesgo cardiovascular. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2021 Septiembre; 16(4): p. 1-13.
9. Ardila ML, Romero LA, Vallejo Ardilla DL. Comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en países en vía de desarrollo y recomendaciones de la Sociedad Internacional de Hipertensión en el año 2020. Revista Colombiana de Cardiología. 2022 Diciembre; 29(5): p. 576-586.
10. Saiz LC, Gorricho J, Garjón J, Celaya MC, Erviti J, Leache L. Blood pressure targets for the treatment of people with hypertension and cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2022 Julio; 11.
11. Arguedas JA, Leiva V, Wright JM. Blood pressure targets in adults with hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020 Octubre; 12.
12. Linaldi Gutiérrez LL, Campos Gómez LL, Pregio Álvarez HR. ESTRATEGIAS DE MARKETING EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. UNA REVISIÓN

- SISTEMÁTICA. Rev. Salud & Vida Sipanense. 2021 Octubre; 86(2): p. 57-67.
13. Cárdenas Villareal VM, Hernández Martínez N, Guevara Valtier MC, Cruz Chávez NE. Recomendaciones para la prevención de la hipertensión arterial en niños y adolescentes: revisión sistemática de alcance. SANUS. 2023 Diciembre; 8(343): p. 1-22.
14. Navea Cuadra B, Castillo Vera B, Pedraza Veloso G, López Espinoza MÁ. Efectividad del ayuno intermitente en dos protocolos sobre perfil lipídico, composición corporal y presión arterial en adultos. Una revisión sistemática. Rev Chil Nutr. 2022 Mayo; 49(4).
15. Arendondo Buce AE, De Quezada López F, Guerrero Jiménez G. Avances actuales en la reducción de los factores de riesgo cardiovasculares. Rev. Med. Electrón. 2020 Febrero; 42(1).
16. Criollo Espinoza ML, Rojas Morocho CA, Luna Torres M. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y ADULTA. Enfermería Investiga. 2024 Octubre; 9(4): p. 63-76.
17. Álvarez Marín MG, Álvarez Marín M, Carrión Arias LE, Villa Feijoó AL, Arricaga Nieto AK, Porres Gonzaga KJ, et al. Prevalencia de hipertensión arterial y correlación con los factores de riesgo psicosociales en el personal administrativo de una institución de Machala-Ecuador. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2020 Mayo; 5(2): p. 111-122.
18. Regino Ruenes YM, Quintero Velásquez MA, Saldarriaga Franco JF. La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión. Revista Colombiana de Cardiología. 2021 Octubre; 28(6): p. 643-655.
19. Ríos EV, Camacho Álvarez IA, Vargas Daza ER, Galicia Rodríguez L, Martínez González L, Reyes VE. Antecedente heredofamiliar de

- hipertensión (padremadre), factor de riesgo para familia hipertensa (hijos). REV CLÍN MED FAM. 2020 Febrero; 13(1): p. 15-21.
20. Loyola Cabrera O, Zúñiga Leiva I, Ramírez Leyva E, Padrón Castillo M, Rodríguez Rojas ME, Ferriol Ramírez A. Factores de riesgo de hipertensión arterial en un consultorio médico de familia. REVISTA MÉDICA ELECTRÓNICA DE CIEGO DE ÁVILA. 2021 Octubre; 27(3): p. 1-6.
21. Álvarez Ochoa R, Torres Criollo LM, Garcés Ortega JP, Izquierdo Coronel DC, Bermejo Cayancela DM, Lluisupa Pelaez VDR, et al. Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos. Una revisión crítica. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2022 Julio; 17(2): p. 1-9.
22. Laborde Angulo AM, Laborde Muriat MA, García San Roman DM, Chibas Pineda L. Comportamiento de los factores de riesgo de la hipertensión arterial en una comunidad rural holguinera. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2021 Agosto; 37(4): p. 1-13.
23. Campos Nonato I, Hernández Barrera L, Oviedo Solís C, Ramírez Villalobos D, Hernández B, Barquera S. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. Ensanut 2020. Salud pública de México. 2021 Diciembre; 63(6): p. 692-704.
24. Paz Soldán Patiño CP, Saavedra Rodríguez D, Ureño Cordero S, Antezana Navia L, Villanueva De la Rosa C, Ortega Martínez RA. Registro multicéntrico de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular asociados y adherencia terapéutica en Cochabamba- Bolivia. Rev. Inv. Inf. Sal. 2023 Diciembre; 19(45): p. 40-53.