

Alta prevalencia de hipertensión arterial en la población atendida por la estrategia de salud familiar

Alta prevalência de hipertensão arterial em população assistida por estratégia saúde da família

High prevalence of hypertension in the population assisted by the family health strategy

Taísa Guimarães de Souza¹, Eduardo Lopes de Figueiredo², Gabriel Bortolotti Pelicioni³,
Guilherme Pavini Nunes⁴, Isadora Gonzaga Cesar⁵, João Victor Manarelli Barbosa⁶, Leonardo
Vitor Correia Teodoro Ferreira⁷, Loise Benites Pinheiro⁸, Luiz Guilherme Pereira e Silva⁹,
Luiz Eduardo Okada Barbosa¹⁰

Cómo citar este artículo: Alta prevalência de hipertensão arterial em la población atendida por la estratégia de salud familiar. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2025 [acceso en: ____]; 15(1):e20258243. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v15i1.8243>

¹ Enfermero. Maestría en enfermería. Profesor de la carrera de medicina. Centro Universitario UNIVAG, Av. Dom Orlando Chaves, 2655. Cristo Rei. Várzea Grande (MT). <http://lattes.cnpq.br/6549576547226402>. <https://orcid.org/0009-0002-9162-0477>.

² Estudiante de pregrado en Medicina. Centro Universitario UNIVAG, Várzea Grande (MT). Código Postal: 78118-000. ORCID: <http://lattes.cnpq.br/6030952256425188>. <https://orcid.org/0009-0007-7108-3834>.

³ Estudiante de pregrado en Medicina. Centro Universitario UNIVAG. Cristo Rey. Várzea Grande (MT). Código postal: 78118-000. <http://lattes.cnpq.br/8678937296768707>. <https://orcid.org/0009-0005-6925-8709>.

⁴ Estudiante de pregrado en Medicina. Centro Universitario UNIVAG. Várzea Grande (MT). Código postal: 78118-000. <https://lattes.cnpq.br/5827226797496428>. <https://orcid.org/0000-0003-1789-8286>.

⁵ Estudiante de pregrado en Medicina. Centro Universitario UNIVAG. Cristo Rey. Várzea Grande (MT). Código postal: 78118-000. <http://lattes.cnpq.br/0959954908649571>. <https://orcid.org/0009-0001-0616-700X>.

⁶ Estudiante de pregrado en Medicina. Centro Universitario UNIVAG. Cristo Rey. Várzea Grande (MT). Código postal: 78118-000. <http://lattes.cnpq.br/2430120466589565>. <https://orcid.org/0009-0006-3420-6420>.

⁷ Estudiante de pregrado en Medicina. Centro Universitario UNIVAG. Cristo Rey. Várzea Grande (MT). Código postal: 78118-000. <http://lattes.cnpq.br/1781659828383489>. <https://orcid.org/0009-0005-5239-0981>.

⁸ Estudiante de pregrado en Medicina. Centro Universitario UNIVAG. Cristo Rey. Várzea Grande (MT). Código postal: 78118-000. <https://lattes.cnpq.br/8684411130334484>. <https://orcid.org/0009-0003-3642-6599>.

⁹ Estudiante de pregrado en Medicina. Centro Universitario UNIVAG. Cristo Rey. Várzea Grande (MT). Código postal: 78118-000. <https://lattes.cnpq.br/4733249539361254>. <https://orcid.org/0009-0007-7718-269X>.

¹⁰ Estudiante de pregrado en Medicina. Centro Universitario UNIVAG. Cristo Rey. Várzea Grande (MT). Código postal: 78118-000. <https://lattes.cnpq.br/0675415702330542>. <https://orcid.org/0009-0008-4953-3592>.

Resumen

Objetivo: identificar la prevalencia y los factores asociados a la hipertensión arterial sistémica en adultos atendidos en una Unidad de Salud Familiar del municipio de Cuiabá/MT. **Método:** Estudio transversal de muestra por conglomerado de la población cubierta por la USF. Datos recopilados mediante entrevista, abordando los factores de riesgo de hipertensión arterial, cuya medición se realizó con esfigmomanómetro digital. **Resultados:** Se evaluó a 147 individuos, cuya prevalencia de hipertensión arterial se estimó en un 61,9 % (IC95 %: 53,5 %-69,8%), con predominio en el sexo femenino, edad entre 45 y 59 años y sobrepeso/obesidad. En el análisis ajustado, el estado civil divorciado/viudo fue el único factor independientemente asociado a la hipertensión arterial ($p=0,017$) en esta población. El alcoholismo presentó una asociación solo marginalmente significativa con la hipertensión arterial. No se identificaron asociaciones significativas entre la hipertensión y las variables antropométricas. **Conclusión:** alta prevalencia de hipertensión arterial en la población estudiada, lo que refuerza la necesidad de realizar un seguimiento y un manejo adecuado de esta afección en el contexto local de la estrategia de salud familiar.

Descriptor: Hipertensión arterial sistémica; Prevalencia; Estrategia de salud familiar.

Resumo

Objetivo: identificar prevalência e fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos assistidos em uma Unidade de Saúde da Família do município de Cuiabá/MT. **Método:** Estudo transversal de amostra por conglomerado da população de abrangência da USF. Dados coletados por entrevista, abordando fatores de risco para hipertensão arterial, cuja aferição foi feita com esfigmomanômetro digital. **Resultados:** Foram avaliados 147 indivíduos, cuja prevalência de hipertensão arterial foi estimada em 61,9% (IC95%: 53,5%-69,8%), com predominância no sexo feminino, idade entre 45-59 anos e com sobrepeso/obesidade. Na análise ajustada, o estado civil divorciado/viúvo foi o único fator independentemente associado à hipertensão arterial ($p=0,017$) nessa população. O etilismo apresentou associação apenas marginalmente significativa com a hipertensão arterial. Não foram identificadas associações significativas entre hipertensão e variáveis antropométricas. **Conclusão:** alta prevalência de hipertensão arterial na população estudada, reforçando a necessidade de rastreamento e manejo adequado dessa condição no contexto local da estratégia saúde da família.

Descritores: Hipertensão arterial sistêmica; Prevalência; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Objective: To identify the prevalence and factors associated with systemic arterial hypertension in adults treated at a Family Health Unit in the municipality of Cuiabá, Mato Grosso. **Method:** Cross-sectional study of a cluster sample of the population covered by the Family Health Unit. Data were collected through interviews addressing risk factors for arterial hypertension, which was measured using a digital sphygmomanometer. **Results:** A total of 147 individuals were evaluated, with a prevalence of hypertension estimated at 61.9% (95% CI: 53.5%-69.8%), predominantly among females aged 45-59 years who were overweight/obese. In the adjusted analysis, divorced/widowed marital status was the only factor independently associated with hypertension ($p=0.017$) in this population. Alcoholism showed only a marginally significant association with hypertension. No significant associations were identified between hypertension and anthropometric variables. **Conclusion:** high prevalence of hypertension in the study population, reinforcing the need for screening and adequate management of this condition in the local context of the family health strategy.

Descriptors: Systemic arterial hypertensin; Prevalence; Family health strategy.



INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad crónica y multifactorial que forma parte de las enfermedades no transmisibles (ENT). Se define como una presión arterial sistólica (PAS) igual o superior a 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) igual o superior a 90 mmHg. A nivel mundial, entre 1990 y 2019, el número de personas afectadas por HSA aumentó significativamente, pasando de 650 millones a 1300 millones, lo que representa 10 millones de muertes anuales y supera a todos los demás factores de riesgo para la salud.¹

Dado que la hipertensión es asintomática durante la mayor parte de su evolución, su diagnóstico y tratamiento suelen pasarse por alto. Además, la baja adherencia al tratamiento prescrito por los pacientes contribuye a su alta prevalencia. En este contexto, las modificaciones del estilo de vida se consideran estrategias eficaces para su control y son esenciales tanto en la prevención como en el tratamiento de la hipertensión, con el objetivo de reducir su incidencia, prevalencia y el control inadecuado de la enfermedad.²

Factores socioeconómicos, culturales, conductuales y genéticos se

asocian con la alta prevalencia de hipertensión. Esto refuerza la necesidad de considerarla una prioridad de salud pública, con el objetivo de abordar eficazmente el problema en la población afectada, reduciendo así las complicaciones y el impacto en el sistema de salud. Este estudio tuvo como objetivo identificar la prevalencia de hipertensión en adultos (≥ 45 años) en una población atendida por la Estrategia de Salud Familiar (ESF) en Cuiabá, Mato Grosso do Sul, e identificar los segmentos de la población más vulnerables a esta condición, para ayudar a los profesionales de la ESF a implementar intervenciones específicas y eficaces.^{1,2}

MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal y poblacional para determinar la prevalencia y los factores asociados a la hipertensión en la comunidad de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) Santa Laura, Cuiabá, Mato Grosso. La encuesta poblacional se realizó mediante visitas domiciliarias entre marzo y octubre de 2023, utilizando una muestra. Muestreo aleatorio por conglomerados en una sola etapa. Las 1192 familias registradas en el área de cobertura de la ESF se consideraron conglomerados. La decisión de utilizar a las familias como



conglomerado para el muestreo se debió a la falta de una lista con datos de los 4042 residentes registrados por los agentes de salud comunitarios del equipo de la ESF, incluyendo adultos y niños de todas las edades.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó según lo recomendado por la OMS para países subdesarrollados y/o en desarrollo. El tamaño de la muestra de hogares se calculó utilizando la fórmula de muestreo aleatorio simple para poblaciones infinitas, es decir, $n = [p(1-p)Z(\alpha/2)/d^2]$, donde $p = 0,5$, porque esta proporción, cuando se desconoce para el área de estudio, proporciona el mayor tamaño de muestra. Z es el valor crítico de la distribución normal estandarizada. En este caso, $Z = 1,96$ para un nivel de confianza del 95%; d es el mayor error aceptable entre las proporciones de la población y la muestra, que se estableció en el 10%. Por lo tanto, el tamaño de la muestra se estimó en 193 hogares, que se multiplicó por 1,5 debido al efecto del diseño de muestreo por conglomerados, lo que resultó en 290 hogares a visitar. Considerando que cada hogar tendría al menos una persona de 45 años o más, la muestra calculada se incrementó en 29 personas para compensar las posibles pérdidas debido a la ausencia de la persona en el momento de la visita domiciliaria, incluso después de tres

intentos. De esta forma, la muestra final esperada fue de 319 individuos, residentes en 290 hogares.

Los hogares a visitar se identificaron mediante un mapa disponible en la unidad de salud, que mostraba únicamente las manzanas y lotes dentro del área de cobertura de la ESF. Tras la selección aleatoria de los 319 hogares previstos, se asignaron seis equipos de entrevistadores para realizar las visitas domiciliarias. En el caso de una vivienda deshabitada, sin edificación existente, ni edificios comerciales, escuelas o iglesias identificados en el lote seleccionado, la vivienda se sustituyó por la primera vivienda ocupada ubicada a la derecha. En este estudio se incluyeron únicamente personas de 45 años o más, mujeres no embarazadas y sin deterioro cognitivo. En el caso de una persona elegible que estuviera ausente en el momento de la visita domiciliaria, se realizó una segunda o tercera visita para evitar la pérdida de la muestra.

La recopilación de datos se realizó mediante entrevistas domiciliarias con un instrumento estructurado disponible en la aplicación Formularios de Google. Se consideró que los participantes presentaban hipertensión si se les medía la presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o la presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg en una sola

medición en casa. Esta medición se realizó con un esfigmomanómetro digital automático (EverCare, China/2022), siguiendo las instrucciones de medición del fabricante. Las variables independientes analizadas incluyeron sexo (masculino/femenino), edad (en grupos de edad), estado civil (soltero, casado, divorciado/viudo), color de piel (blanco, negro y marrón), nivel educativo (ninguno, elemental, secundario y superior), situación laboral (desempleado, empleado, ama de casa y jubilado), número de hijos (ninguno, uno, dos a cuatro, cinco o más hijos), situación de tabaquismo (fumadores actuales, exfumadores y no fumadores), consumo de alcohol (sí/no), actividad física (sí/no) y variables antropométricas: circunferencia de la cintura (CC), circunferencia de la cadera (CC), peso (kg), índice de masa corporal (IMC), índice cintura-cadera (ICC) y índice cintura-talla (ICT).

La estatura, la circunferencia de cintura (CC) y la circunferencia de cadera (CC) se midieron con una cinta métrica inelástica de fibra de vidrio con una precisión de 10 mm. Durante la medición, se indicó a los participantes que permanecieran erguidos con las piernas y los pies paralelos y los brazos relajados a los costados. Los valores de referencia normales para la CC fueron <90 cm para

hombres y <80 cm para mujeres. El peso corporal se midió con los participantes descalzos y con ropa ligera, utilizando una báscula digital portátil con una precisión de 100 gramos. El IMC se calculó dividiendo el peso (kg) entre la estatura (m^2), y el estado nutricional se clasificó como normal si el IMC era <25 kg/ m^2 o como sobrepeso/obesidad si era ≥ 25 kg/ m^2 . El ICC se determinó dividiendo la CC entre la estatura y se clasificó como normal si era <0,5 o alterado si era $\geq 0,5$. El ICC se obtuvo dividiendo la CC entre la CC y el resultado se evaluó según los puntos de corte recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹, como bajo, moderado y alto.⁴

Los resultados del estudio se tabularon según sus distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. La prevalencia de hipertensión se estimó utilizando el número de individuos clasificados como hipertensos como numerador y el tamaño de muestra alcanzado para el estudio como denominador. La medida de asociación adoptada fue la razón de prevalencia (RP) cruda y ajustada. Para analizar los factores asociados a la hipertensión, se aplicó regresión logística binomial, calculando la RP y su intervalo de confianza (IC) del 95%. Para evaluar la independencia de la asociación (sin factores de confusión), se

realizó un análisis de regresión logística multivariante para las variables que demostraron $p < 0,20$ en el análisis bivariante crudo, con entrada manual de variables. Para todos los análisis, se utilizó el paquete estadístico Stata 12.0 (StataCorp, Texas, EE. UU.) y el nivel de significancia (error alfa) se estableció en 0,05.

El estudio siguió las directrices éticas de la Resolución 466/12 y se registró en la Plataforma Brasil con el número CAAE: 66754222.6.0000.5692, y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro Universitario UNIVAG, según el Dictamen n.º 6.670.809. Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante antes del inicio de la entrevista. En el caso de los participantes con diagnóstico establecido de hipertensión u otra morbilidad al momento de la entrevista domiciliaria, se garantizó una evaluación clínica por parte de un médico o enfermero en la unidad ESF del estudio, previa cita.

RESULTADOS

Fue posible visitar 249 (85,9%) de los 290 hogares inicialmente planificados para la encuesta. En 70 de estos, la primera visita no se llevó a cabo debido a la falta de un edificio o residentes, y también porque no había ningún hogar habitado a la

derecha del lote inicialmente seleccionado para reemplazo. Por lo tanto, una nueva aleatorización de 70 hogares fue necesaria para completar el tamaño de muestra esperado. En 25 (7,8%) de los hogares visitados, el jefe del hogar no aceptó participar en el estudio, lo que resultó en la pérdida de la muestra. Después de todos los intentos para localizar a los individuos faltantes, fue posible identificar a 315 residentes en los hogares seleccionados, de los cuales 149 cumplieron con los criterios de inclusión para este análisis. De estos, dos individuos se negaron a participar en el estudio y 91 de los 147 restantes fueron identificados como hipertensos, lo que representa una prevalencia (IC del 95%) del 61,9% (53,5%; 69,8%) de HSA en la población de estudio.

En el grupo de personas con HSA predominó el sexo femenino (61,5%), edad entre 45-59 años (61,5%), estado civil casado (50,5%), color de piel moreno (39,5%), nivel de escolaridad básico (53,8%), con algún empleo actual (54,9%), tener de 2 a 4 hijos (71,5%), reportar tabaquismo actual o pasado (53,8%), declararse no alcohólicos (74,7%), clasificados como obesos o con sobrepeso (65,2%), con CC aumentado (84,4%), con ICT inadecuado (98,8%), con ICT moderado o alto (73,1%), no practicar



actividad física (74,7%) y con antecedentes familiares de HSA (75,6%) (Tabla 1).

Tabla 1– Características demográficas y comportamentales de 91 personas con hipertensión arterial en la población cubierta por la Estrategia de Salud de la Familia, en Cuiabá (MT), 2023.

Característica		n	%
Sexo	<i>Femenino</i>	56	61.5
	<i>Masculino</i>	35	38.5
Edad	<i>45-59</i>	56	61.5
	<i>60-70</i>	19	20.9
	<i>70-92</i>	16	17.6
Estado civil	<i>Soltero</i>	24	26.4
	<i>Casado</i>	46	50.5
	<i>Divorciado/Viudo</i>	21	23.1
Color	<i>Blanco</i>	20	22.0
	<i>Negro</i>	35	38.5
	<i>Marrón</i>	36	39.5
Educación	<i>Ninguno</i>	12	13.2
	<i>Fundamental</i>	49	53.8
	<i>Promedio</i>	26	28.6
	<i>Superior</i>	4	4.4
Situación profesional	<i>Desde casa</i>	12	13.2
	<i>Empleado</i>	50	54.9
	<i>Desempleados</i>	4	4.4
	<i>Jubilado</i>	25	27.5
Niños	<i>Ninguno</i>	7	7.7
	<i>1</i>	10	11.0
	<i>2-4</i>	56	61.5
	<i>≥ 5</i>	18	19.8
De fumar	<i>No</i>	42	46.2
	<i>Sí, en el pasado.</i>	31	34.0
	<i>Sí, actualmente</i>	18	19.8
Alcohol (n=90)	<i>No</i>	47	52.2
	<i>Sí</i>	43	47.8
Actividad física	<i>Sí</i>	23	25.3
	<i>No</i>	68	74.7
Obesidad n=89	<i>No</i>	31	34.8
	<i>Sí</i>	58	65.2
Circunferencia abdominal n=90	<i>Normal</i>	14	15.6
	<i>Aumentó</i>	76	84.4
Relación cintura-altura n=89	<i>Adecuado</i>	1	1.2
	<i>No apto</i>	88	98.8
Relación cintura-cadera n=89	<i>Bajo</i>	15	16.9
	<i>Moderado</i>	23	25.8
	<i>Alto</i>	51	57.3

Antecedentes familiares de hipertensión	<i>No</i>	21	24.4
n=86	<i>Si</i>	65	75.6

En el análisis comparativo de las características de los individuos hipertensos con las de los normotensos en esta población de estudio, se observó que ninguna de las características evaluadas mostró una asociación significativa con la HSA (Tabla 2). Sin embargo, tras el ajuste en el modelo multivariable, fue posible

identificar el estado civil (divorciado/viudo) como el único factor asociado independientemente con la HSA ($p = 0,017$). El consumo de alcohol mostró una asociación marginalmente significativa con la HSA ($p = 0,058$). Las demás variables estudiadas no mostraron asociación con el evento de interés (Tabla 3).

Tabla 2– Análisis exploratorio de las características demográficas y comportamentales y asociación con la prevalencia de hipertensión arterial en la población cubierta por una Estrategia de Salud de la Familia en Cuiabá (MT), 2023.

Característica		Hipertensión				Razón de prevalencia (IC del 95%)	p*
		SÍ (%)		NO (%)			
Sexo	<i>Femenino</i>	56	(63.6)	32	(36.4)	1.0	0.603
	<i>Masculino</i>	35	(59.3)	24	(40.7)	0,93 (072; 1,21)	
Edad	<i>45-59</i>	56	(63.6)	32	(36.4)	1.0	0.819
	<i>60-70</i>	19	(61.3)	12	(38.7)	0,96 (0,70; 1,33)	
	<i>70-92</i>	16	(57.1)	12	(42.9)	0,95 (0,79; 1,13)	
Estado civil	<i>Soltero</i>	24	(57.1)	18	(42.9)	1.0	0.848
	<i>Casado</i>	46	(59.0)	32	(41.0)	1,03 (0,75; 1,42)	
	<i>Divorciado/Viudo</i>	21	(77.8)	6	(22.2)	1,17 (0,99; 1,38)	
Color	<i>Blanco</i>	20	(60.6)	13	(39.4)	1.0	0.619
	<i>Negro</i>	35	(66.0)	18	(34.0)	1,04 (0,88; 1,24)	
	<i>Marrón</i>	36	(59.0)	25	(41.0)	0,97 (0,69; 1,38)	
Educación	<i>Ninguno</i>	12	(52.2)	11	(47.8)	1.0	0.363
	<i>Fundamental</i>	49	(63.6)	28	(36.4)	1,22 (0,79; 1,87)	
	<i>Promedio</i>	26	(63.4)	15	(36.6)	1,10 (0,88; 1,39)	
	<i>Superior</i>	04	(66.7)	2	(33.3)	1,08 (0,86; 1,37)	
Situación profesional	<i>Desde casa</i>	12	(57.1)	9	(42.9)	1.0	0.581
	<i>Empleado</i>	50	(64.1)	28	(35.9)	1,12 (0,74; 1,69)	
	<i>Desempleados</i>	04	(50.0)	4	(50.0)	0,97 (0,83; 1,14)	
	<i>Jubilado</i>	25	(62.5)	15	(37.5)	1,04 (0,84; 1,31)	



Niños	<i>Ninguno</i>	07	(77.8)	2	(22.2)	1.0	0.310
	<i>1</i>	10	(58.8)	7	(41.2)	0,76 (0,44; 1,30)	
	<i>2-4</i>	56	(61.5)	35	(38.5)	0,89 (0,73; 1,08)	
	<i>≥ 5</i>	18	(60.0)	12	(40.0)	0,92 (0,79; 1,07)	
De fumar	<i>No</i>	42	(60.0)	28	(40.0)	1.0	0.718
	<i>Sí, en el pasado.</i>	31	(63.3)	18	(36.7)	1,05 (0,79; 1,40)	
	<i>Sí, actualmente</i>	18	(64.2)	10	(35.7)	1,04 (0,87; 1,22)	
Alcohol (n=146)	<i>No</i>	47	(56.6)	36	(43.4)	1.0	0.149
	<i>Sí</i>	43	(68.2)	20	(31.8)	1,20 (0,94; 1,55)	
Actividad física	<i>Sí</i>	23	(63.9)	13	(36.1)	1.0	0.775
	<i>No</i>	68	(61.3)	43	(38.7)	0,96 (0,72; 1,28)	
Obesidad n=145	<i>No</i>	31	(64.6)	17	(35.4)	1.0	0.571
	<i>Sí</i>	58	(59.8)	39	(40.2)	0,93 (0,71; 1,21)	
Circunferencia de la cintura n=145	<i>Normal</i>	14	(66.7)	7	(33.3)	1.0	0.622
	<i>Aumentó</i>	76	(61.3)	48	(38.7)	0,92 (0,66; 1,28)	
Relación cintura- altura n=143	<i>Adecuado</i>	1	(50.0)	1	(50.0)	1.0	0.756
	<i>No apto</i>	88	(62.4)	53	(37.6)	1,25 (0,31; 5,0)	
Relación cintura- cadera	<i>Bajo</i>	15	(68.2)	7	(31.8)	1.0	0.547
	<i>Moderado</i>	23	(60.5)	15	(39.5)	0,89 (0,60; 1,31)	
	<i>Alto</i>	51	(60.7)	33	(39.3)	0,94 (0,80; 1,12)	
Antecedentes familiares de hipertensión n=139	<i>No</i>	21	(70.0)	9	(30.0)	1.0	0.265
	<i>Sí</i>	65	(59.6)	44	(40.4)	0,85 (0,64; 1,13)	

*Regresión logística binomial

IC95%: intervalo de confianza del 95%

Tabla 3– Análisis multivariado de los factores asociados a la alta prevalencia de hipertensión arterial en la población cubierta por la Estrategia de Salud de la Familia en Cuiabá (MT), 2023.

Característica		Razón de prevalencia bruta (IC del 95%)	p*	Razón de prevalencia ajustada (IC del 95%)	p**
Sexo	<i>Femenino</i>	1.0	0.603	1.0	0.254
	<i>Masculino</i>	0,93 (0,72; 1,21)		0,62 (0,28; 1,40)	
Edad	<i>45-59</i>	1.0	0.819	1.0	0.372
	<i>60-70</i>	0,96 (0,70; 1,33)		0,64 (0,24; 1,71)	
	<i>70-92</i>	0,95 (0,79; 1,13)		0,61 (0,21; 1,77)	
Estado civil	<i>Soltero</i>	1.0	0.070	1.0	0.017
	<i>Casado</i>	1,03 (0,75; 1,42)		1,42 (0,59; 3,41)	
	<i>Divorciado/</i>	1,17 (0,99; 1,38)		4,74 (1,32; 17,06)	
	<i>Viudo</i>				



De fumar	No	1.0		1.0	
	<i>Si, en el pasado.</i>	1,05 (0,79; 1,40)	0.718	1,89 (0,77; 4,64)	0.163
	<i>Si, actualmente</i>	1,04 (0,87; 1,22)	0.689	1,06 (0,37; 3,05)	0.905
Alcohol (n=146)	No	1.0		1.0	
	Si	1,20 (0,94; 1,55)	0.149	2,27 (0,97; 5,28)	0.058
Índice de masa corporal n=145	No	1.0		1.0	
	Si	0,93 (0,71; 1,21)	0.571	0,96 (0,90; 1,03)	0.307
Antecedentes familiares de hipertensión n=139	No	1.0		1.0	
	Si	0,85 (0,64; 1,13)	0.265	0,62 (0,24; 1,63)	0.336

*Regresión logística binomial

** Regresión logística multivariante

IC95%: intervalo de confianza del 95%

DISCUSIÓN

Este estudio transversal poblacional halló una alta prevalencia de hipertensión en la población adulta (≥ 45 años) de una comunidad con cobertura de una ESF en la ciudad de Cuiabá, Mato Grosso. El único factor asociado con esta prevalencia fue el estado civil de divorciado/viudo. El consumo crónico de alcohol, clásicamente demostrado como un factor asociado con la hipertensión en la literatura⁵, mostró una asociación marginalmente significativa con este resultado. Ninguna de las demás características evaluadas mostró asociación con la hipertensión en el presente análisis.

La hipertensión arterial se destaca como uno de los principales desafíos de salud pública debido a su elevada prevalencia e insuficiente control, contribuyendo significativamente al aumento de la morbilidad y mortalidad, y

siendo uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente el 30% de los adultos de 30 a 79 años en todo el mundo padecen hipertensión, según estimaciones ajustadas por edad. En Brasil, los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) mostraron que, en 2019, el 23,9% de los encuestados reportaron un diagnóstico médico de hipertensión. Por otro lado, el estudio de Malta demostró una prevalencia de hipertensión del 32,8%, cuando se midió la presión arterial o se autorreportó mediante el uso de medicación antihipertensiva. En el contexto de la atención primaria de salud, un estudio reciente mostró una prevalencia de hipertensión del 34,3% en la población adulta de la Región Sur de Brasil.



La prevalencia de hipertensión encontrada en este estudio fue alta (61,9%) para la población ≥ 45 años, en comparación con la prevalencia autoreportada del diagnóstico de hipertensión (23,9%) en personas de 18 años o más en Brasil en 2019. Esta inconsistencia entre los grupos de edad analizados ciertamente explica la diferencia en los indicadores de prevalencia encontrados en los dos estudios, ya que se sabe que la hipertensión es más frecuente en edades más avanzadas.⁹ Sin embargo, es más cercana a la de la investigación también realizada en otra población inscrita en la ESF en la Región Nordeste (49,6%) y en una población quilombola en Mato Grosso (52,5%).^{10,11} Altas tasas de prevalencia de hipertensión, generalmente superiores a las observadas en el PNS⁶ y VIGITEL⁹, ya se han reportado para el área urbana de Cuiabá y en las regiones Centro-Oeste (28,3%) y Nordeste de Brasil, específicamente en los estados de Ceará (52,5%)¹² y Piauí. (27,9%).¹³

Aunque varias publicaciones informan un predominio de hipertensión en hombres, su prevalencia en este estudio fue mayor entre las mujeres, lo que coincide con los hallazgos de estudios previos realizados en poblaciones quilombolas en Mato Grosso¹⁰ o en la población general de

Minas Gerais.¹⁴ Un predominio de hipertensión entre las mujeres también fue reportado por la Encuesta Nacional por Muestreo de Hogares (PNAD)¹³ y en otros estudios.¹⁴⁻¹⁶ Con respecto a la edad predominante de los individuos hipertensos entre 45 y 59 años, este resultado coincide con los de otros informes de estudios realizados en el área urbana de Formiga (MG)¹⁷ y São Luiz (MA)¹⁸, con un aumento significativo en la prevalencia de hipertensión después de los 30 años. Con el envejecimiento, hay un endurecimiento progresivo de la pared arterial y pérdida de su compliancia, lo que favorece la elevación de los niveles de presión arterial.¹

La hipertensión es una enfermedad crónica que afecta predominantemente a personas de raza negra y de piel morena, como se demuestra en este estudio. Los factores probables asociados con la mayor prevalencia de hipertensión en la población negra podrían ser la predisposición genética, el acceso limitado a los servicios de salud y la baja producción de renina, lo que conlleva un aumento de los niveles de angiotensina II y, consecuentemente, de aldosterona.

Se observó una mayor prevalencia de hipertensión entre individuos con niveles más altos de educación, contradiciendo las descripciones clásicas

de que esta condición está más asociada a niveles bajos de educación.^{11,20} El hallazgo de este estudio puede estar relacionado con el impacto del estrés ocupacional a menudo presente en profesiones más exigentes, tanto en términos de responsabilidad como de carga mental, factores que pueden contribuir al desarrollo o empeoramiento de la hipertensión.^{20,21}

También se observó que la frecuencia de hipertensión en este estudio fue mayor entre los adultos con dos a cuatro hijos. Esta observación refuerza los resultados que mostraron una mayor frecuencia de hipertensión autoreportada entre quienes tenían uno o más hijos, en comparación con quienes no los tenían.²⁰ De igual manera, la hipertensión fue más frecuente entre las personas que reportaron ser sedentarias. Esto es relevante, ya que la Sociedad Brasileña de Cardiología recomienda que se recomiende a todos los adultos realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada o 75 minutos semanales de actividad vigorosa como medida preventiva para la hipertensión arterial.¹

El estudio mostró que el 75,6 % de los participantes tenía antecedentes familiares de hipertensión. La literatura científica identifica la importancia de los factores genéticos en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ya que la

hipertensión primaria se clasifica como una afección multifactorial, pero con un fuerte componente hereditario. Gran parte de este riesgo genético se transmite poligénicamente, es decir, mediante la contribución de cientos de variaciones del ADN que, en conjunto, aumentan la probabilidad de manifestar el fenotipo hipertensivo, especialmente al interactuar con factores ambientales.^{1,22}

Como era de esperar, se encontró una mayor prevalencia de hipertensión entre fumadores y exfumadores.^{1,20} Esto se puede explicar por la vasoconstricción inducida por el tabaquismo, además de que la presencia de nicotina y monóxido de carbono promueve el daño al endotelio vascular. Otro aspecto importante es que la abstinencia del tabaco puede provocar un aumento del apetito y, en consecuencia, un aumento de peso, lo que favorece la aparición de hipertensión en exfumadores.²³

Este estudio demostró claramente la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre la mayoría de las características estudiadas y la prevalencia de hipertensión en la población evaluada. Un ejemplo de ello fueron las medidas antropométricas que se reportan clásicamente como factores de riesgo de hipertensión^{1,4,20}, como las dependientes de la CC, que se presentaron en

aproximadamente el 98% de los participantes. De igual manera, a pesar de la alta frecuencia de obesidad en la población estudiada, esta característica no se asoció con la prevalencia de hipertensión. Este hallazgo contradice un estudio que mostró una asociación entre el IMC y la prevalencia de hipertensión.^{1,24} Sin embargo, evidencia reciente sugiere que la distribución total de la grasa corporal es un indicador más preciso que el IMC para clasificar las afecciones de salud. Por lo tanto, combinar la masa corporal total y la distribución de la grasa representa el enfoque más eficaz para las evaluaciones clínicas, aunque ninguna técnica es completamente perfecta.

Este estudio También se observó una mayor prevalencia de hipertensión entre las personas viudas y divorciadas, resultado que corrobora hallazgos de otros estudios.^{20,23} La vida aislada, sin compañía, Puede empeorar la salud autopercebida y provocar un retraso en el diagnóstico de la presión arterial alta.²⁵ Además, la asociación entre el consumo de alcohol y la hipertensión, aunque marginalmente significativa en el presente estudio, corrobora observaciones previas encontradas en otros estudios.^{15,16} El consumo de alcohol en cantidades superiores a 30 gramos al día se asocia con un mayor riesgo de morbilidad y

mortalidad, principalmente debido a complicaciones cardiovasculares. Sin embargo, el límite seguro de consumo aún no se ha definido con claridad, ya que otros factores, además de la cantidad consumida, también influyen significativamente en este riesgo.²⁶

CONCLUSIÓN

Este estudio reveló una alta prevalencia de hipertensión en una población adulta (≥ 45 años) de una ESF en Cuiabá, Mato Grosso. Vivir solo, como ser viudo o divorciado, fue la característica significativamente asociada con la hipertensión en esta población.

Se deben reconocer algunas limitaciones de este estudio. En primer lugar, debido a la alta proporción de personas no entrevistadas, la muestra podría no haber sido representativa de la población objetivo. La no inclusión de personas menores de 45 años podría haber contribuido a la alta prevalencia de hipertensión observada. El uso de Un esfigmomanómetro digital doméstico de una sola medición podría haber sobreestimado la hipertensión debido a la conocida hipertensión de bata blanca. El elevado número de variables con información autodeclarada podría haber comprometido la precisión de sus mediciones. Finalmente, la naturaleza



transversal del estudio limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Otro aspecto a considerar es la posibilidad de que los factores de confusión no estuvieran completamente controlados.

La evidencia sugiere que la hipertensión representa un desafío crítico para la salud pública, con implicaciones directas en la morbilidad y la mortalidad. La alta prevalencia de hipertensión encontrada indica la necesidad de programas de salud enfocados al monitoreo y control de la presión arterial, además de intervenciones para otros factores de riesgo. Mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población.

Expresiones de gratitud

Los autores agradecen el compromiso, la facilitación y la contribución, esenciales para el desarrollo de este estudio, de las unidades de salud Santa Laura y Jardim Fortaleza de Cuiabá (MT), la Secretaría Municipal de Salud de Cuiabá (MT), la Coordinación del Curso de Medicina y la Prorectoría de Investigación del Centro Universitario UNIVAG (Várzea Grande-MT).

Incompatibilidad

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

Contribuciones de los autores

TGS, MLCR y CJFF concibieron y diseñaron esta investigación. ELF, GBP, GPN, IGC, JVMB, LVCTF, LBP, LGPS, LEOB, MDS, PASP y VBSH realizaron las entrevistas domiciliarias y organizaron y

tabularon los datos. TGS y CJFF redactaron el artículo científico. Todos los autores revisaron y aprobaron el manuscrito para su publicación.

Financiación

Todos los recursos financieros relacionados con este estudio fueron proporcionados por los propios autores.

REFERENCIAS

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 2021 [citado em 8 jul 2025]; 116(3):516-658. Disponible em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x95083.pdf
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 8 jul 2025]. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponible em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_artorial_sistemica_cab37.pdf
3. Henderson RH, Sundaresan T. Cluster sampling to assess immunization a simplified sampling method. Bull World Health Organ. [Internet]. 1982 [citado em 8 jul 2025]; 60(2):253-60. Disponible em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2535957/pdf/bullwho00104-0095.pdf>
4. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO [Internet]. São Paulo: ABESO; 2016 [citado em 8 jul 2025]. Disponible em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>



5. Souza DSM. Álcool e hipertensão. Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. *Rev Bras Hipertens*. [Internet]. 2014 [citado em 8 jul 2025]; 21(2):83-6. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881413/rbh-v21n2_83-86.pdf
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado em 8 jul 2025]. Disponível em: <https://www.pns.iciet.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>
7. Malta DC, Gonçalves RPF, Machado ÍE, Freitas MIF, Azeredo C, Szwarcwald CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2018 [citado em 8 jul 2025]; 21(Supl 1):e180021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/3YPnszP7L6kvWJpwwg444mdj/?format=pdf&lang=pt>
8. Álvares-da-Silva MR, Vargas MDS, Rabie SMS, Jonko G, Riedel PG, Longo L, et al. FLI and FIB-4 in diagnosing metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease in primary care: High prevalence and risk of significant disease. *Ann Hepatol*. [Internet]. 2024 [citado em 8 jul 2025]; 30(1):101584. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-annals-hepatology-16-pdf-S1665268124003673>
9. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 8 jul 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2018.pdf>
10. Santos EC, Scala LCN, Silva AC. Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco em remanescentes de quilombos, Mato Grosso, Brasil. *Rev Bras Hipertens*. [Internet]. 2015 [citado em 8 jul 2025]; 22(3):100-5. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881238/rbh_v22n3_100-105.pdf
11. Tapioca TSC, Gois JA, Nascimento MA, Rodrigues EP, Silva CAL, Sobrinho CLN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de um município do Nordeste do Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2024 [citado em 8 jul 2025]; 24(12):e17451. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/17451/9655>
12. Rocha AS, Pinho BATD, Lima ÉN. Hipertensão arterial entre idosos: comparação entre indicadores do Ceará, do Nordeste e do Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2021 [citado em 8 jul 2025]; 34:10795. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/10795/pdf>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado em 8 jul 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?edicao=18329>
14. Oliveira EFPO, Melo Neto AQ, Mascarenhas MDM, Frota KMGS. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em adultos e idosos residentes em Teresina, Piauí: uma análise hierarquizada. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2023 [citado em 8 jul 2025]; 18(45):3700. Disponível em:



<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3700/1911>

15. Chaves RMS, Dantas IRO. Perfil epidemiológico de pacientes com hipertensão arterial sistêmica em uma Unidade Básica de Saúde no interior de Minas Gerais. *Revista Mineira de Ciências da Saúde* [Internet]. 2022 [citado em 8 jul 2025]; 9:103-116. Disponível em: <https://revistas.unipam.edu.br/index.php/revistasauade/article/view/3018/3039>
16. Luz MOS, Carvalho CS, Santana MCFS, Moura FR. Análise epidemiológica, risco estratificado e prognóstico da hipertensão arterial. *Revista Foco* [Internet]. 2024 [citado em 8 jul 2025]; 17(7):e5326. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/5326/3978>
17. Castro RRA, Moncau JEC, Nacopito, LF. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2007 [citado em 8 jul 2025]; 88(3):334-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/t9wrwGptqQJpQz6jscWcBjh/?format=pdf&lang=pt>
18. Barbosa JB, Silva AAM, Santos AM, Monteiro Júnior FC, Barbosa MM, Barbosa MM, et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís - MA. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2008 [citado em 8 jul 2025]; 91(4):260-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/jmSKRKyRTtZvRjvJSv7SwCD/?format=pdf&lang=pt>
19. Anjos VP, Lee CTS, Mathias AS, Matsutani TL, Silveira AS, Ribeiro PM. Particularidades da hipertensão arterial sistêmica na população preta e parda: uma revisão atualizada. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2023 [citado em 8 jul 2025]; 6(4): 15687-94. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/61701/44452>
20. Zangirolani LTO, Assumpção D, Medeiros MAT, Barros MBA. Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [citado em 8 jul 2025]; 23(4):1221-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqDPQWQWphhkYmcYGjPzWMB/?format=pdf&lang=pt>
21. Martins FJ, Viera JLL, José LJL, Luciana L. Comportamentos de saúde relacionados a hipertensão arterial em idosos de uma unidade básica de saúde da cidade de Guarapuava-PR, Brasil. *Retos* [Internet]. 2024 [citado em 8 jul 2025]; (56):289-95. Disponível em: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/download/104417/77890/416098>
22. Jardim TSV, Moreira HG, Almeida EC, Nazarebi LS, Souza ALL, Souza WSB, et al. Influência da hereditariedade em marcadores de risco para hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens.* [Internet]. 2015 [citado em 8 jul 2025]; 22(2):65-71. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881269/rbh_v22n2_65-71.pdf
23. Fiório CE, Cesar CLG, Alves MCGP, Goldbaum M. Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2020 [citado em 8 jul 2025]; 23:e200052. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/XtSqwLZJsQBV6Hn56gq5HMk/?format=pdf&lang=pt>
24. Ribeiro AR, Coelho P, Pires J, Rodrigues FJB. Prevalência da hipertensão arterial no concelho de Vila Velha de Ródão. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular* [Internet]. 2024 [citado em 8 jul 2025]; (99):22-33. Disponível em: <https://revistahipertensao.pt/index.php/rh/article/view/114/100>
25. Perkins JM, Lee HY, James KS, Oh J, Krishna A, Heo J, et al. Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*



[Internet]. 2016 [citado em 8 jul 2025]; 16:1032. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5045657/pdf/12889_2016_Article_3682.pdf

26. Almeida TSO, Fook SML, Mariz SR. Associação entre etilismo e HAS: uma revisão sistematizada. Revista Saúde & Ciência Online [Internet]. 2016 [citado em 8 jul 2025]; 5(1):76-90. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/205/201>

RECIBIDO: 26/01/25

APROBADO: 08/07/25

PUBLICADO: 07/2025

