



## **Incidencia en la población de la Hipertensión Arterial en el CMF # 7.**

Yunior Meriño Pompa<sup>1\*</sup>

Sulanys Yainet Naranjo Vázquez<sup>2</sup>

José Antonio Soler Otero<sup>3</sup>

Leticia de la Caridad Araluce Estacio<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo. Granma, Cuba. yuniormp9911@nauta.cu, <https://orcid.org/0000-0002-2631-8274>.

<sup>2</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo. Granma, Cuba. naranjosulanys@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0966-8712>.

<sup>3</sup> Especialista en primer y segundo grado de Medicina General Integral. Profesor asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo. Granma, Cuba. soleroterero@infomed.sld.cu <https://orcid.org/0000-0003-0529-7854>

<sup>4</sup> Licenciada en Gestión de la Información en Salud. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo. Granma, Cuba. araluceestacio@infomed.sld.cu <https://orcid.org/0000-0002-9120-3449>

### **RESUMEN:**

**Introducción:** la hipertensión arterial representa un problema de salud pública a nivel universal.

**Objetivo:** puntualizar la ocurrencia en la población de la hipertensión arterial en el Consultorio Médico Familiar # 11.

**Métodos:** se efectuó un estudio descriptivo y transversal en pacientes precisados con hipertensión arterial en el Consultorio Médico familiar # 11 en el período incluido entre enero del 2019 a diciembre 2019. El universo estuvo compuesto por 1375 pacientes, de los cuales se adquirió una muestra de 280 pacientes diagnosticados con la enfermedad. Los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas de los pacientes y el registro de control de consultas. Se manejaron variables como: sexo, edad, factores de riesgo.

**Resultados:** se pudo apreciar que la población objeto de estudio simbolizó el 20,4 % del total de población del consultorio médico. El sexo femenino tuvo una mayor incidencia para un 57,1 %. Por rango de edad la más afectada fue la de 60-79 años para un

53,9 % y los factores de riesgos que tuvieron una mayor prevalencia fueron los antecedentes patológicos familiares (57,1 %) y la obesidad para un 48,9 %.

**Conclusiones:** el estudio corroboró que el sexo femenino tuvo una mayor afectación y la edad sobre la que más incidió esta enfermedad fue la de 60-79 años de edad; dentro de los factores de riesgo que favorecieron la aparición de la Hipertensión arterial se encuentran los antecedentes patológicos familiares y la obesidad.

**Palabras claves:** Hipertensión; Obesidad; Epidemiología; Sexo.

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor frecuencia observamos en nuestra población y que puede desencadenar enfermedades cardiovasculares. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que las enfermedades cardiovasculares constituyen las raíces esenciales de la morbi-mortalidad en los adultos. La hipertensión arterial (HTA) se origina cuando los valores de presión arterial, medidas como promedio en tres tomas efectuadas en condiciones adecuadas, con intervalos de tres a siete días entre cada toma, se hallan superior a 140 mmHg de presión arterial sistólica (TAS) y 90 mmHg de presión arterial diastólica (TAD).<sup>1,2</sup>

Esta enfermedad es causa de otras enfermedades como son la preeclampsia y eclampsia en gestantes, los accidentes cardiovasculares, cerebrovasculares, e insuficiencia renal. Se ha corroborado que existe una perpetua relación e independiente de otros factores de riesgo, entre los vales de tensión arterial y las enfermedades renales y cardiovasculares, siendo válido para todos los grupos étnicos y todas las edades. Para los individuos con edades incluidas entre los 40 y 70 años de edad, cada aumento de 20 mmHg en la tensión arterial sistólica (TAS) o 10 mmHg en la tensión arterial diastólica (TAD) reproduce dos veces el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (ECV) en todo el intervalo desde 115/75 hasta 185/115 mmHg.<sup>2,3,4</sup> La presión arterial sistólica (PAS) representa un factor de complicación más poderoso que la presión arterial diastólica (PAD) después de los 50 años de edad y se ha diferenciado que en los adultos mayores la presión de pulso (PP) desempeña un rol pronóstico anexo. Se ha corroborado estas revelaciones tanto cuando se manipula la medida de la

TA en la consulta, con la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) como por la auto medida de la presión arterial (AMPA).<sup>5</sup>

Resulta muy usual que en individuos con hipertensión arterial concurren otros factores de riesgo cardiovasculares, identificados como factores de riesgo metabólico que pueden modificar y acrecentar la morbimortalidad cardiovascular; siendo más habituales con tensión arterial alta que con tensión arterial baja.<sup>6</sup>

En la experiencia clínica se precisan otros tipos de hipertensión arterial:

- Presión arterial sistólica aislada. Es considerada de este modo cuando la PAS es igual o mayor de 140 mmHg y la PAD es menor de 90 mmHg. Es usual encontrarla en pacientes mayores de 65 años de edad. Las causas más habituales son fístula arteriovenosa, insuficiencia aórtica, la enfermedad de Paget tirotoxicosis, y el Beriberi.

- Presión arterial de bata blanca. En este tipo de tensión arterial los pacientes tienen elevaciones de la TA frente al médico y es corriente al ser medida por familiares, vecinos, enfermeros u otras personas o técnicos. HTA registrada únicamente en la consulta, con TA normal (< 140/90 mmHg) en las tomas efectuadas fuera de esta.

- Presión arterial maligna. Es una forma grave de HTA que se afilia con la necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos; los pacientes padecen de insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva reveladora.

- Presión arterial enmascarada. Sucede cuando la tensión arterial es normal en consulta y elevada fuera de la misma.<sup>7,8</sup>

La HTA representa un problema de salud pública a nivel universal (estimándose que mil millones de personas la padecen, lo que simboliza próximo al 30 % de la población global; y se pretende que este valor se extienda en más de 1 560 millones de personas para el 2025), no solo porque resulta una causa directa de discapacidad y mortalidad, sino también porque esta enfermedad constituye el factor de riesgo modificable más trascendente para la cardiopatía coronaria, enfermedad vascular periférica enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca congestiva, y nefropatía terminal.

Cuba no se encuentra exenta de esta enfermedad persistiendo una elevada asistencia a los centros de salud; por esta razón se decidió realizar esta investigación la cual tiene como objetivo caracterizar la ocurrencia de la HTA en la población del Consultorio Médico Familiar # 11 correspondiente al policlínico docente # 2 "Ángel Ortiz Vázquez"

de la ciudad de Manzanillo, provincia Granma en el período incluido entre enero del 2019 a diciembre 2019.

## **MÉTODO**

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal en pacientes precisados con HTA en el Consultorio Médico familiar # 11 en el período incluido entre enero del 2019 a diciembre 2019. La información se adquirió a través de las historias clínicas individuales de los pacientes y el registro de control de consultas. Se manejaron variables como: sexo, edad, factores de riesgo.

### **Universo y muestra.**

El universo fue abarcado por un total de 1375 pacientes, de los cuales se escogió una muestra de 280 pacientes diagnosticados con dicho padecimiento.

### **Criterios de Inclusión.**

Se emplearon como criterio de inclusión todos aquellos pacientes que pertenecen al consultorio médico # 11 que fueron diagnosticados con esta patología.

### **Criterios de exclusión.**

Los pacientes que no dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

### **Métodos de investigación empleados.**

Se emplearon métodos de niveles empíricos y teóricos generales que accedieron registrar el proceso de edificación del conocimiento científico según los objetivos de la investigación propuesta. Los mismos se basan en la medición; métodos de análisis-síntesis e inducción-deducción, matemáticos-estadísticos; estadística descriptiva. Se emplearon además los métodos de las Ciencias Médicas como el científico o clínico.

### **Procesamiento y análisis de la información.**

Se recogieron los datos de las historias clínicas individuales de los pacientes en el período de estudio y manualmente registrados, procesados de manera automática a través del programa Microsoft Excel 2013 para Windows a partir de la cual se ejecutó el análisis estadístico y organizado en tablas de frecuencia en las que se ilustró el comportamiento de las variables estudiadas con el propósito de facilitar su comprensión.

### **Parámetros éticos.**

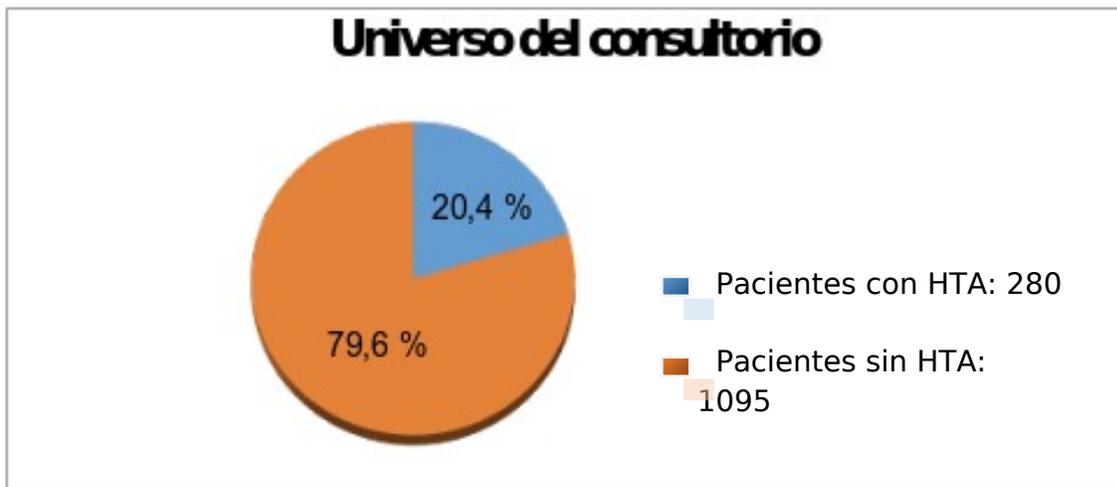
Los datos adquiridos a partir de las fuentes estuvieron tratados acorde a las pautas éticas instituidas en la Declaración de Helsinki, avalando la confidencialidad y el anonimato.

to en todos los casos. La investigación no requirió de gastos económicos, pues fueron empleados solamente medios digitales para el procesamiento de los datos.

## RESULTADOS

En el gráfico 1 reveló que la población diagnosticada con HTA representó el 20,4 % del total.

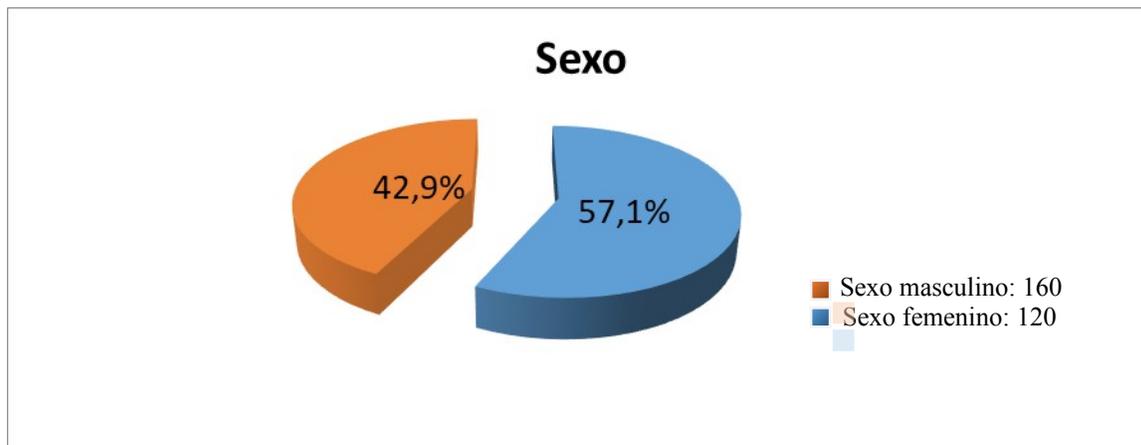
**Gráfico 1** Porción de pacientes sanos y con HTA del Consultorio Médico Familiar #11.



**Fuente:** historias clínicas individuales.

El gráfico 2 se demostró un predominio de esta patología en el sexo femenino sobre el masculino representando las féminas un 57,1 % del total de individuos diagnosticados con la enfermedad.

**Gráfico 2.** Pacientes con HTA clasificados según el sexo.



**Fuente:** historias clínicas individuales.

En la tabla 1 se visualizó que por grupo de edades la que predominó fue la edad de 60-79 con un 53,9 %; sucesivamente las edades de 39-59 para un 37,5 %.

**Tabla 1.** Rango de edad según el sexo de los pacientes diagnosticados con HTA.

Edad	Sexo masculino	%	Sexo femenino	%	Total	%
0- 19 años	1	0,6	2	1,7	3	1,07

20- 39 años	2	1,3	12	10	14	5
39-59 años	47	29,4	58	48,3	105	37,5
60-79 años	106	66,3	45	37,5	151	53,9
80 años y más	4	2,5	3	2,5	7	2,5

**Fuente: historias clínicas individuales e historial de consultas.**

La tabla 2 mostró los factores de riesgos asociados a la HTA de los pacientes diagnosticados con esta patología. En la tabla se reflejaron los factores de riesgos vinculados a la HTA siendo los factores más predominantes los antecedentes patológicos familiares (APF) (57,1 %) y la obesidad para un 48,9 %.

Tabla 2. Factores de riesgos asociados a la HTA. # Pacientes= 280

Factores de riesgos	# Pacientes	%
Tabaquismo	54	19,3
Diabetes Mellitus	87	31,1
Antecedentes patológicos familiar con enfermedades cardiovasculares.(APF)	160	57,1
Obesidad	137	48,9
Consumo excesivo de sal	28	10

**Fuente: historias clínicas individuales e historial de consultas.**

## Discusión

El presente estudio arrojó que en la población el sexo femenino resultó ser el más afectado, lo cual concordó con los estudios realizados por Edwin Patricio y et al,<sup>9</sup> Moura Revueltas y et col,<sup>10</sup> constituyendo uno de los factores de riesgo predisponentes a padecer la patología.

Tanto para el sexo femenino como para el masculino la tensión arterial se acrecienta con la edad durante el transcurso de la vida, la mujer precedentemente a la menopausia posee menores cifras de tensión arterial que el hombre y en el período de la postmenopausia se incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular y si se encuentra vigente la HTA, se dilata el riesgo de complicaciones, la morbilidad y mortalidad.<sup>11</sup>

Después de la menopausia la presencia de los factores de riesgos predisponentes a sufrir las enfermedades cardiovasculares se incrementan considerablemente. De igual modo, el aumento de los triglicéridos o colesterol favorecen la formación de “depósitos de grasa” originando ateromas en las paredes arteriales produciendo una enfermedad vascular, la aterosclerosis. Posterior a la menopausia, se eleva la incidencia de la patología coronaria. Exclusivamente 1 de cada 3 féminas posee la sintomatología clásica de dolor de pecho que posee el hombre. La tercera parte de las féminas refieren sufrir indi-

cios “atípicos” entre los que se encuentran: cansancio extremo, disnea, dolor abdominal y palpitaciones. Si por su parte, esta sintomatología no es habitual de la enfermedad coronaria, de manifestarse, se propone acudir al médico clínico y al cardiólogo.

Esta investigación demostró además que por rango de edades sobre la que más incidió fue la edad de 60-79 años, lo cual se asimiló a investigación elaboradas por Herrera Giró y et al<sup>12</sup> en la que los grupos de edades más padecidos con la HTA son las edades abarcadas entre 60 años y más de un 64,71 %.

En los grupos de edades que van desde los 60-69 y 70-79 años, las secuelas de la longevidad referente el aparato cardiovascular se encuentran bien explícitos, aumenta la transmisión de las células endoteliales, la producción de lesiones y placas aterotrombóticas, por lo que se incrementa la manifestación de la HTA y de alteraciones cardiovasculares, siendo estos factores favorecedores de la mortalidad.<sup>13</sup>

Este estudio verificó que dentro de los factores de riesgos los que más predominaron fueron los APF, la obesidad y la HTA, resultado que concordó con otras investigaciones elaboradas como la de Díaz de la Rosa y et al,<sup>14</sup> que el 31,5 % de los pacientes presentaban como factor de riesgo los APF. La Fontaine Terry<sup>(15)</sup> en su investigación expresó que los factores de riesgos con mayor prevalencia en la población hipertensa fueron los APF (69 %) y la obesidad con un 38 %.

Vitón Castillo y sus colaboradores<sup>11</sup> en su investigación obtuvieron como resultado 40,46 % de la población estudiada tenían como factor de riesgo fundamental los APF.

No obstante otras investigaciones realizadas como las de Rivera Ledesma y et al,<sup>16</sup> señalaron que el tabaquismo (62,7 %), la obesidad (58, 5 %) e hipercolesterolemia (54,4 %) resultaron ser los factores de riesgos más predisponentes que atacaron a la población con la enfermedad.

El antecedente familiar de HTA constituye un factor de riesgo a tener en cuenta, pues se ha demostrado que los padres hipertensos poseen un 80 % de probabilidad de transitar hacia el desarrollo de HTA en sus sucesores.<sup>17</sup>

## **Conclusiones**

El estudio corrobora que el sexo femenino es el de mayor afectación y la edad sobre la que más incide esta enfermedad es la de 60-79 años de edad; dentro de los factores

de riesgo que favorecen la aparición de la HTA se encuentran la obesidad y los APF con enfermedades cardiovasculares.

### **Limitaciones del estudio**

1. Mala calidad de las historias clínicas para la recolección de los datos.
2. Medida utilizada para recolectar los datos.

### **Conflictos de intereses.**

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

### **Contribución de autoría**

**YMP:** Conceptualización, análisis formal, investigación-metodología, administración del proyecto, supervisión, validación – verificación, visualización, redacción - borrador original y redacción - revisión y edición.

**SYNV:** Validación – verificación, visualización, redacción - borrador original y redacción - revisión y edición.

**YECN:** Validación – verificación, visualización, redacción - borrador original y redacción - revisión y edición.

**JASO:** Administración del proyecto, supervisión, validación – verificación, visualización, redacción - borrador original y redacción - revisión y edición.

### **Referencias Bibliográficas**

1. Hipertensión y riesgo cardiovascular – Fundación Española del Corazón [Internet]. Fundaciondelcorazon.com. 2019 [Citado 18 Nov 2020]. Disponible en:<https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>.
2. Casado Pérez S. Hipertensión arterial. In: López Farré A, Mocaya C, ed. by. Libro de la salud cardiovascular. Bilbao: Fundación BBVA; 2019. p. 121-129.
3. Romero Giraldo M, Avendaño Olivares J, Vargas Fernández R, Runzer Colmenares FM. Diferencias según sexo en los factores asociados a hipertensión arterial en el Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. An. Fac. med. [Internet]. 2020 Mar [Citado 18 Nov 2020]. 81(1): 33-39. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102555832020000100033&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832020000100033&lng=es).

4. Osorio Bedoya EJ, Amariles P. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. *Rev Colombiana de Cardiología (Colom)*. [Internet]. 2018; [citado 22 Nov 2020]. 25(3): 209-221. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S012056331830024X?token=BD2B9DABF95915FEA-AC6711DECE85D5A486D45CA41F001E7A073F5F34070DF576E9D0945-B2AE0E3CF61E8D90D0DA3A82>
5. Cruz-Aranda JE. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Med Int Méx*. [Internet]. 2019; [citado 24 Nov 2020]. 35(4):515-524. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.24>
6. Favela E, Gutiérrez L, Medina M, Rolón M, Sierra C, Viniegra O. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica GPC. [Internet]. 2018. [Citado 28 Nov 2020] Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP\\_\\_HipertArterial1NA/HIPERTENSION\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf).
7. Baglietto Hernández JM, Mateos Bear A, Nava Sánchez JP, Rodríguez García P, Rodríguez Weber F. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. *Med Int Méx*. [Internet]. 2020 [Citado 10 Dic 2020] 36(1):1-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92187#>.
8. Espinosa Brito A. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. **Revista Finlay** [Internet]. 2018 [Citado 17 Dic 2020]; 8(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/594>.
9. Carrillo Bayas EP. Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato [Internet]. 2021. [Citado 15 Ene 2021]. Disponible en: [https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32813/3/6.\\_carrillo\\_vayas\\_gabriela\\_patricia%281%29.pdf](https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32813/3/6._carrillo_vayas_gabriela_patricia%281%29.pdf).
10. Revueltas Agüero M, Molina Esquivel E, Benítez Martínez M, Hinojosa Álvarez Md, Venero Fernández S, Betancourt Bethencourt JA. Caracterización de la prevalencia y mortalidad por hipertensión arterial en Cuba, decenio 2009- 2018. *Rev. haban cienc méd* [Internet]. 2021 [Citado 1 Mar 2021]; 20(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3457>.

11. Vitón Castillo A, Germán Flores L, Quintana Pereda R. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en el consultorio médico 21. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [revista en Internet]. 2018 [Citado 14 Feb 2022]; 9 (1) :[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/993>
12. Herrera Giró M, Acosta González M, Dueñas Herrera A, Armas Rojas N, De La Noval García R, Castellanos Almeida J. Prevalencia de la Hipertensión Arterial en trabajadores de una institución de salud. Rev. cuba. cardiol. cir.cardiovasc. [Internet]. 2017 [Citado 4 Mar 2021]; 23(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/697>
13. Hernández Veliz D, Díaz Landeira J, Aguiar Pérez J, Betancourt I, Estévez-Álvarez N, Flores-Sánchez A. Importancia de variabilidad de la presión arterial. Artículo de revisión. Cardiología. **Rev Cub Card y Ciru Card** [Internet]. 2016 [citado 14 Feb 2022]; 22 (1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/632>
14. Jornada Científica XXXIX Aniversario del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, y Primer Simposio COVID 19-CIMEQ. Díaz de la Rosa C. "Factores de riesgo de la hipertensión arterial. Consultorio No 1, Área VII. Cienfuegos, 2019." aniversariocimeq2021. [Internet]. 2021 Habana: Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas [Citado 12 Mar 2021]. Disponible en: <https://aniversariocimeq2021.sld.cu/index.php/ac2021/Cimeq2021/paper/viewFile/219/182>.
15. La Fontaine Terry JC. Caracterización de la hipertensión arterial esencial en adolescentes. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2021 [Citado 13 Mar 2021]; 25(2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7799>.
16. Rivera Ledesma E, Junco Arévalo JV, Flores Martínez M, Fornaris Hernández A, Ledesma Santiago RM, Alfonso Pereda Y. Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial. Rev. cuba med gen integr [Internet]. 2019 [Citado 17 Mar 2021]; 35(3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgj/article/view/807>

17. Villarreal Ríos E, Camacho Álvarez IA, Vargas Daza ER, Galicia Rodríguez L, Martínez González L, Escorcía Reyes V. Antecedente heredofamiliar de hipertensión (padre-madre), factor de riesgo para familia hipertensa (hijos). Rev Clin Med Fam [Internet]. 2020 [citado 2022 Feb 14]; 13( 1 ): 15-21. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2020000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100004&lng=es).

## **DISCUSION**

Realizar análisis crítico de los resultados del estudio a la luz de los trabajos publicados por otros investigadores del área, nacional e internacional. Se fundamentan ideas personales.

## **CONCLUSIONES**

Cualquier conclusión debe haber sido presentada y discutida en el texto con anterioridad. Es incorrecto incluir como conclusiones, temas o asuntos no tratados en el cuerpo del trabajo.

Deben poseer un adecuado grado de generalización. Responden a los objetivos del estudio y están en correspondencia con los resultados y la discusión. No repetir resultados.

## **REFERENCIAS**

Deben ser enumeradas y colocadas en el texto en orden de aparición, usando números arábigos (*con superíndice y después del signo de puntuación*).<sup>1</sup>

No ponerlo entre paréntesis.

La lista de referencias deberán únicamente incluir artículos que fueron citados en el texto y que han sido aceptados y ya publicados o aceptados para publicación.

Se solicita se utilice el Estilo Vancouver. Las referencias obtenidas de Internet deben incluir la fecha en que se consulta.

Debe contener no menos del 50 % de trabajos publicados en los últimos cinco años.

Estar representada la literatura nacional e internacional relevante sobre el tema.

### **Algunas consideraciones con la estructura del documento**

La primera página (que no cuenta entre las 14 de la extensión del trabajo) contiene el título del artículo y los nombres completos, afiliaciones de los autores, resumen y palabras clave. Se asume el primer autor como el principal. **Al subir el trabajo en la plataforma se debe aclarar quién lo presentará.**

El título no debe ser mayor de dos líneas. Evite el empleo de abreviaciones poco comunes.

Los nombres y afiliaciones de los autores (Especialidad, categoría docente, científica, Institución, Ciudad, País, Correo electrónico, ORCID) es importante que queden bien explícitos tanto en el trabajo como en la plataforma pues se tomarán para la emisión de los certificados y toda la documentación del evento.

Después de la Introducción y Método debe presentar sus resultados y Discusión. Finalmente, debe incluir las conclusiones y las referencias.

En esta sección debe presentar los resultados del trabajo, de forma inequívoca. Si se hace uso a resultados de otro trabajo para establecer una comparación con los suyos, debe citar la referencia de donde provienen los resultados que no son propios del trabajo que usted presenta. Haga uso de figuras y tablas para mostrar los resultados, siguiendo el formato establecido en este documento.

**Lea cuidadosamente las instrucciones de este documento antes de comenzar a escribir.**

El artículo deberá ser introducido en su forma final y será enviado en formato *Word sin protección (sin contraseña)*. **Se le sugiere que copie su trabajo sobre la plantilla después de terminado.** La plantilla ya tiene los márgenes y tipos de caracteres empleados en los trabajos de la Jornada. Compruebe siempre que el formato de su texto se mantiene igual que el formato oficial para los trabajos del congreso.

*Tamaño del papel:* Asegúrese que la página está configurada para un tamaño Carta (21,5 x 27,9 cm) en (*Configurar página*) en su procesador de palabras *Word*. Cerciórese que también la impresora esté configurada para este tipo de papel.

*Longitud:* El artículo completo no excederá las 14 páginas (contadas a partir de la introducción). **Los artículos con mayor longitud no serán aceptados para revisión.**

*Márgenes:* El tipo de configuración para múltiples páginas del *Configurar página* debe ser *márgenes simétricos*, como lo establece la presente plantilla.

*Encabezados de las Secciones:* Use LETRAS MAYÚSCULAS para los encabezados de las secciones. Con la letra del encabezado en tamaño de 12 puntos, regular. Deje una línea en blanco antes y una línea en blanco después del encabezado de la sección.

*Cuerpo del Texto:* Use la fuente *Arial* (12 puntos, regular, espaciado simple entre líneas). Utilice *itálica* para palabras en otros idiomas o si quiere enfatizar alguna parte especial del texto. Comience cada párrafo sin sangría.

#### *Figuras y tablas*

*Las figuras* deben ser incluidas donde sea apropiado (lo más cerca posible de donde fueron citadas en el texto). Preferiblemente en la parte superior o inferior de una de las columnas. Deben ser enumeradas consecutivamente usando números arábigos y deben ser identificadas con un título o leyenda (Fig. 1, Fig. 2,...). Usar fuente de 10 puntos, regular para los títulos de figuras y tablas. Coloque la leyenda debajo de la figura y centralizada. Deje una línea en blanco (5 puntos) antes y una (15 puntos) después del título. Mantenga la distinción entre tablas y figuras: Las tablas solo contienen caracteres alfanuméricos, no elementos gráficos. No utilice caracteres menores a 8 puntos dentro de las figuras.

*Tablas:* Deben ser incluidas donde sea apropiado (lo más cerca posible de donde fueron citadas en el texto). Si necesita crear una tabla, use las facilidades que para este propósito le brinda *Word*.

Tabla 1 Tamaño y estilos de las fuentes.

Ítem	Número	%
Título del trabajo	14	10,00
Autores	12	10,00
Información de los autores	9	10,00
Resumen	12	10,00
Total	12	100

No divida las tablas.

Deje una línea en blanco después del borde inferior de la tabla.

#### *Punto decimal*

Cuando escriba valores numéricos con decimales, no use el punto decimal y, en su lugar use la coma decimal. Por ejemplo, escriba 3,14 y **NO** 3.14

