



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSION
ARTERIAL SISTOLICA AISLADA EN ADULTOS MAYORES, EN EL
AREA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL SAN VICENTE
DE PAUL, MAYO 2018 - ENERO 2019”**

TRABAJO DE GRADUACION PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR:

TITO WALTER BERNAL CALLE

DIRECTOR:

DRA. LIZETTE ESPINOSA MARTIN.

ASESOR:

DRA. PATRICIA VANEGAS

CUENCA - ECUADOR

2019



Universidad Católica de Cuenca
Unidad Académica de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo **Tito Walter Bernal Calle** portador de la cedula de ciudadanía N° 0704997170, en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA AISLADA EN ADULTOS MAYORES, EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, MAYO 2018 - ENERO 2019"** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 2 de Agosto de 2019

Tito Walter Bernal Calle

CI. 0704997170



AGRADECIMIENTO

Un profundo agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca, por haberme permitido formarme en ella, y a todas las personas que fueron participes en este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes, que fueron responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se ve reflejado en la culminación de mi paso por la universidad. Gracias a mis padres, que fueron mi mayor apoyo y motor durante este proceso, gracias a Dios, que fue mi principal apoyo y motivador para cada día continuar sin tirar la toalla.

Este es un momento muy especial que espero, perdure en el tiempo, no solo en la mente de las personas a quienes agradecí, sino también a quienes invirtieron su tiempo para ayudarme a culminar mi proyecto de tesis tanto a mi asesora como a mi directora ; a ellos asimismo les agradezco con todo mi ser.

EL AUTOR



DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a:

A mis padres Walter y Soledad quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades, y sentir el apoyo de Dios siempre conmigo.

A mis hermanos María Soledad, María José y José Andrés por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo con sus consejos y palabras de aliento que hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañaron en todo mi sacrificio y esfuerzo.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todos mis amigos, por apoyarme cuando más los necesite, por extender su mano en momentos difíciles y apoyarnos para poder salir adelante, y cumplir nuestras metas. A todos Gracias.



INDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
CAPITULO I.....	8
1. INTRODUCCION	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2 JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS.....	10
CAPITULO II.....	11
2. FUNDAMENTO TEORICO	11
2.1 BASES TEÓRICO – CIENTÍFICAS.....	11
2.2 HIPOTESIS.....	22
CAPITULO III.....	22
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	22
Objetivo general:.....	22
Objetivos específicos:	22
CAPITULO IV.....	22
4. METODOLOGIA	22
4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	22
4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	23
4.3 METODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACION.....	23
4.4 PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS	23
4.5 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS:.....	24
4.6 DESCRIPCION DE VARIABLES.....	25
CAPITULO V.....	28
5. RESULTADOS:	28
CAPITULO VI.....	35
6. DISCUSION	35
CAPITULO VII.....	39
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA	39
7.1 CONCLUSIONES	39
7.2 RECOMENDACIONES	39
7.3 BIBLIOGRAFIA	40
7.3.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	40
7.3.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:	43
ANEXOS:.....	44
ANEXO 2.....	55
ANEXO 3.....	56



RESUMEN

La Hipertensión Arterial es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en ancianos a nivel mundial. Puede presentarse como sistólica aislada o sistodiastólica y representa un factor de riesgo importante para otras enfermedades.

Objetivo general: Determinar la Prevalencia y factores de riesgo de hipertensión arterial sistólica aislada en adultos mayores, de consulta externa, del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo MAYO 2018-ENERO 2019.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en 100 pacientes adultos mayores que asistieron a consulta externa del hospital San Vicente de Paúl, del cantón Pasaje, provincia El Oro, durante el periodo MAYO 2018-ENERO 2019. La información se analizó con el programa SPSS 15.0, y los resultados se presentarán en las tablas pertinentes.

Resultados: La prevalencia de Hipertensión sistólica aislada (HSA) fue de 51,54; la hipertensión sistólica aislada grado I es la más frecuente con el 65%, seguido del grado 2 con el 33%, segundo del grado 3 con el 2%,

Conclusiones: Las enfermedades que presentan mayor comorbilidad con la hipertensión sistólica aislada, fueron la obesidad, diabetes y dislipidemia. Las mismas que a su vez, son consideradas factores de riesgo, que pueden potencializar el cuadro, agravando su sintomatología.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, ADULTOS MAYORES, FACTORES ASOCIADOS.



ABSTRACT

Arterial Hypertension is the most common communicable disease in elderly people around the world. It can present as isolated systolic or systolic-diastolic and represents an important risk factor for other diseases.

OBJECTIVE: To determine the prevalence and risk factors of isolated systolic hypertension in older adults, from outpatient clinics, of the San Vicente de Paúl Hospital during the period MAY 2018-JANUARY 2019.

Methodology: A descriptive and cross-sectional study was done in 100 elderly patients who attended the outpatient clinic of the San Vicente de Paúl hospital, in the Pasaje district, El Oro province, during the period MAY 2018-JANUARY 2019.

Data. The information was analyzed with the SPSS 15.0 software, and the results will be presented in the relevant tables.

Results: The prevalence of isolated systolic hypertension (SAH) was 51.54; isolated systolic hypertension grade I is the most frequent with 65%, followed by grade 2 with 33%, second grade 3 with 2%,

Conclusions: The diseases that present higher comorbidity with isolated systolic hypertension were obesity, diabetes and dyslipidemia. They are considered risk factors, which can make symptomatology worse.

KEYWORDS: HYPERTENSION, OLDER ADULTS, ASSOCIATED FACTORS.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La hipertensión arterial sistólica aislada (HSA) es un riesgo importante para la salud por ser la expresión de la fase final del remodelado vascular y por su alta frecuencia y mortalidad-morbilidad asociada. Es definida como la presión sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y la presión diastólica (PAD) menor de 90 mmHg. Representa entre el 45 % y el 76 % de los hipertensos no controlados, sobre todo en los mayores de 50 años, con un incremento anual del 5 % a partir de la sexta década y hasta un 20 % en mayores de 80 años. Puede presentarse como sistólica aislada o sistodiastólica y representa un factor de riesgo importante para otras enfermedades; tales como: cardiovasculares, cerebros vasculares, renales, vascular periférica, retinopatía, entre otros; la OMS tiene gran interés en su control; puesto que, es una enfermedad asintomática generalmente y en ocasiones únicamente la cefalea como síntoma, pero de fácil diagnóstico y tratamiento. Se la conoce como un “enemigo silencioso”. (1) (2)

La prevalencia de hipertensión es mínima en los países desarrollados de Europa, estudio realizado por la asociación mundial de la salud, evidenciando que países con ingresos elevados (35%) que, en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40%. (8)

La prevalencia creciente de hipertensión se le atribuye fundamentalmente al aumento de la población, y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como el uso nocivo de alcohol, sobrepeso, la inactividad física, exposición prolongada a estrés y la mala dieta o al envejecimiento. (8)

En los países que presentan mayor prevalencia de hipertensión arterial son Croacia, Letonia, Lituania, Hungría y Eslovenia, esta patología tiene un alto grado de presentación puesto que existe gran número de habitantes adultos mayores (10). Existe predominio en el sexo femenino, pues la protección hormonal en mujeres es hasta los 50 años, luego su mortalidad es mayor a la masculina (1).

En el 2017 en Perú en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, se pudo determinar que el 42% de los hipertensos estudiados estaban entre los 54 a 60 años y el 55,6% fueron mujeres. En un estudio realizado en el año 2018 en la ciudad de Esmeraldas - Ecuador se pudo determinar que el 47.1% de los pacientes estudiados con HTA presentó riesgo cardiovascular y el 30%

correspondieron al grupo de HTA grado 3. También se pudo concluir que a medida que el paciente de edad avanzada, sufre un aumento en la presión sistólica a diferencia de la diastólica que va disminuyendo conforme aumenta la edad (es).

La hipertensión arterial sistólica se ha relacionado con accidentes cerebrovasculares, cardiovasculares y con un deterioro renal alto. Así mismo a esta se asocia el fenómeno de "bata blanca", por ello se recomienda la automedida domiciliaria de la presión arterial diaria y frecuentemente por el personal de salud (6).

Actualmente existen discrepancias de cómo tratar la hipertensión sistólica en adultos mayores, también se discute aspectos como: cuando iniciar tratamiento, que meta de presión arterial se debe alcanzar, que tipo de medicamentosa utilizar. Por ello nace la necesidad de tener datos que permitan conocer la dinámica de la hipertensión arterial sistólica aislada en adultos mayores, de consulta externa, del Hospital San Vicente de Paúl.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hipertensión Arterial Sistólica aislada es la expresión de la fase final del remodelado vascular, por su alta frecuencia y morbilidad y mortalidad asociadas. Representa entre el 45 % y el 76 % de los hipertensos no controlados. Es indicativa de la presencia de otras enfermedades vasculares acompañantes, lo que contribuye a empeorar el pronóstico de vida (7).

En España en el año 2017, el autor Zubeldía Lauzurica, concluyó que los factores asociados a hipertensión arterial y su prevalencia de hipertensión estimada para la Comunidad Valenciana fue de 38,2%, también se determinó que padecer obesidad o diabetes mellitus y tener una edad son causas asociadas a la hipertensión (8). Así mismo en Cuba, otro estudio realizado por Arias Morales, en el 2014 se llevó a cabo una investigación acerca de hipertensión en ancianos donde concluyó que la Hipertensión Sistólica se presenta en el 36% de pacientes entre 65 a 69 años, mayoritariamente en el sexo femenino. Las dislipidemias y el hábito de fumar fueron los principales factores de riesgo. Los fármacos más usados fueron los Diuréticos y los IECA. Se logró el control en más de la mitad



(58%) para la Hipertensión Arterial Sistólica y las tres cuartas partes (75%) para la Sistolodiastólica (1). En Ecuador se estudió la Hipertensión Arterial en los adultos mayores de 60 años del cantón Zapotillo, en el periodo Mayo-Octubre del 2015, realizado por Garcés B, y con relación a los resultados, se conoció que el 71,34% de las personas mayores de 60 años son hipertensas y el 28,66 no son hipertensas (2).

En el Ecuador y en la región existe una deficiente cantidad de investigación acerca de hipertensión sistólica aislada en adultos mayores, es por ello que se plantea la pregunta ¿Cuál es la prevalencia y factores de riesgo de Hipertensión Arterial Sistólica aislada en adultos mayores, de consulta externa, del Hospital San Vicente de Paúl, período mayo 2018 - enero 2019?

1.2 JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS.

La investigación se realiza con la finalidad de poder dirigir nuestra atención y conocimientos a aquellos pacientes adultos mayores que padezcan Hipertensión Arterial Sistólica aislada; para poder hacer un tamizaje y derivación hacia el especialista oportuno; sólo de esta manera podrán recibir un tratamiento integral, específico, individualizado y efectivo para reducir el riesgo de complicaciones que comprometan su calidad de vida; considerando que el manejo debe ser multidisciplinario; pues, basado en guías de práctica clínica científicamente comprobadas. Por otro lado, se logrará evitar una sobredosificación innecesaria a pacientes mal diagnosticados que padecen Hipertensión Arterial sistólica aislada, mediante una toma correcta de presión arterial.

Es muy importante considerar que las medidas no farmacológicas pueden ser aplicadas como prioridad en pacientes adultos mayores. Por lo tanto, en adultos mayores con Hipertensión Arterial sistólica aislada deberá ser prioritario establecer un tratamiento con un fármaco de primera línea que haya sido probado en la población en estudio, con el objetivo de alcanzar cifras de tensión arterial sistólica de > 140 mmHg. (4) (8).

La medicina preventiva es la medida más eficaz para reducir el riesgo de mortalidad a nivel mundial; por lo tanto, es importante concientizar tanto al personal de Salud como a la población afectada que el tratamiento debe ser basado en decisiones clínicas, preferencias de los pacientes y en un balance



adecuado del beneficio y riesgo al establecer los diferentes objetivos de PA; además debe ser un tema socializado con todo el personal de Salud para un manejo correcto y lograr disminuir la incidencia y prevalencia de la patología en mención.

Trabajos de este tipo aportaran a la comunidad científica, puesto que, conocer la prevalencia de enfermedades poco estudiadas permite conocer la dinámica de las mismas en el medio, esto a su vez contribuirá a la comunidad pues se brindarán tratamientos apegados a la realidad local.

El presente trabajo investigativo se enfoca en conocer la Prevalencia y factores de riesgo de Hipertensión Arterial Sistólica aislada en adultos mayores. Se desarrollará en el área de consulta externa del Hospital San Vicente de Paúl, durante el periodo Mayo 2018 - Enero 2019.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEORICO.

2.1 BASES TEÓRICO – CIENTÍFICAS

HIPERTENSIÓN SISTÓLICA AISLADA

En la hipertensión sistólica aislada (ISH, por sus siglas en inglés), la presión arterial sistólica está elevada (130 mm Hg o más alta), pero la presión arterial diastólica permanece por debajo de 80 mm Hg. Este tipo de presión arterial alta es más común en los adultos mayores, especialmente en las mujeres mayores. De hecho, la mayoría de las personas mayores de 60 años que tienen hipertensión tienen hipertensión sistólica aislada.

Una presión arterial sistólica de 130 mm Hg o más alta es un factor de riesgo importante de ataque cerebral y enfermedad cardíaca.

Su médico puede recomendarle cambios en el estilo de vida para que baje su presión arterial. Según lo alta que tenga la presión arterial y su riesgo general de ataque cardíaco o cerebral, su médico también puede hablar con usted acerca de tomar medicamentos para ayudar a reducir más la presión arterial.



Los cambios en el estilo de vida incluyen alimentarse en forma saludable con la dieta DASH, bajar de peso, hacer actividad, limitar el sodio y restringir el alcohol.

La Hipertensión Arterial Sistólica aislada se presenta con gran frecuencia en el en el adulto mayor, esta se da por el proceso de rigidez que sufren las arterias. El Colegio Americano de Cardiología ha publicado recientemente un consenso de manejo de la hipertensión en la población de adultos mayores, en el que se decidió establecer una meta $<140/90$ mm Hg (8).

CATEGORIZACIÓN DE LAS CIFRAS DE PRESION ARTERIAL SISTOLICA

El American College of Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA) en el año 2017 plantean el umbral diagnóstico de 130/80 mmHg para identificar a un paciente hipertenso; lo que genera gran controversia, pues anteriormente se consideraban sanos. La clasificación de presión arterial sistólica aislada establecida es:

1. Normal: sistólica < 120 y diastólica 80 mmHg
2. Elevada: 120-129 y <80 mmHg
3. Grado 1: Presión sistólica 140-159 y diastólica <90
4. Grado 2: Presión Sistólica 160-179 y diastólica <90
5. Grado 3: Presión sistólica mayor a 180 y diastólica <90 . (3)

Esta clasificación es usada a nivel mundial para diagnóstico de un paciente hipertenso, posteriormente se analiza las condiciones y parámetros para determinar Hipertensión Arterial Sistólica aislada.

La Hipertensión Arterial Sistólica aislada se refiere a Presión Arterial Sistólica > 130 mm Hg con Presión Arterial Diastólica igual o menor de 90 mm Hg. (3)

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

La guía ACC/AHA 2017 recomienda la importancia de parámetros fundamentales para una correcta toma de presión arterial, que conlleve a un diagnóstico eficaz, entre ellas tenemos: (3)(7).

- a) Reposo previo a la medida al menos 5 minutos.
- b) Posición del paciente: sentado y con el brazo en posición horizontal.



- c) Uso de manguitos de tamaño grande o extragrande cuando sea necesario. No se recomienda el uso de aparatos de muñeca, ya que su utilidad científica no es comprobada.
- d) La determinación de varias lecturas en cada visita.
- e) Utilizar tensiómetros validados y calibrados periódicamente.
- f) Durante la determinación de la PA ni el paciente ni el personal que realice la toma deben hablar.
- g) Se debería informar al paciente del resultado verbalmente y por escrito.

FISIOPATOLOGIA

El incremento de la presión arterial aumenta a medida que pasa el tiempo, observándose que la presión arterial sistólica muestra un incremento, mientras que, la presión diastólica comienza a bajar a partir de los 50 años en ambos sexos (5).

El aumento de la hipertensión arterial sistólica se le ha atribuido a la rigidez de las arterias principalmente de la aorta, así también como al envejecimiento general de todas a las estructuras del sistema cardiovascular (5) (9). La disfunción endotelial e incremento de los vasoconstrictores, también se relacionan con este tipo de hipertensión.

El sistema renina-angiotensina-aldosterona consiste en una secuencia de reacciones diseñadas para ayudar a regular la presión arterial. Esto sucede cuando la presión arterial disminuye a 100 mm Hg o menos, donde los riñones liberan la enzima renina en el torrente sanguíneo. Esta enzima, la renina, escinde el angiotensinógeno, una proteína grande que circula por el torrente sanguíneo, en dos fragmentos. El primer fragmento es la angiotensina I.(6)

La angiotensina I, que es relativamente inactiva, es dividida a su vez en fragmentos por la enzima convertidora de la angiotensina (ECA). El segundo fragmento es la angiotensina II, una hormona muy activa, la angiotensina II provoca la constricción de las paredes musculares de las arteriolas, aumentando la presión arterial. (5)(6) La angiotensina II también desencadena la liberación de la hormona aldosterona por parte de las glándulas suprarrenales y de

la vasopresina, y por parte de la hipófisis la glándula pituitaria. La aldosterona y la vasopresina, provocan la retención de sodio por parte de los riñones. La aldosterona también provoca que los riñones retengan potasio. (7) El incremento de los niveles de sodio provoca retención de agua, aumentando así el volumen de sangre y la presión arterial.

FACTORES DE RIESGO

Diversos estudios han demostrado que hay factores de riesgo que son intrínsecos a padecer hipertensión entre ellos están la edad pues es común que en las personas mayores a 65 años exista mayor prevalencia de hipertensión, también el sexo pues esta patología se presenta mayoritariamente en mujeres (15).

Tanto los factores ambientales como los genéticos pueden contribuir a las variaciones regionales y raciales de la presión arterial, así como al predominio de la hipertensión. Estudios indican que sociedades que pasan por cambios de un lugar menos industrializado a uno más industrializado, reflejan en una profunda contribución ambiental para la presión arterial (12).

Sabemos que la obesidad y el aumento de peso son fuertes e independientes factores de riesgo para la hipertensión; se estima que el 60% de los hipertensos presentan más del 20% de sobrepeso. Entre las poblaciones, se observa el predominio de la hipertensión arterial aumentada con relación a la ingestión de la NaCl e ingestión dietética baja de calcio y potasio lo que puede contribuir para el riesgo de la hipertensión. Mientras los factores ambientales como el consumo de alcohol, estrés psicoemocional y niveles bajos de actividad física también pueden contribuir a la hipertensión (12).

Estudios han mostrado relación positiva entre obesidad y presión arterial sistólica aislada, sin embargo, algunos autores han sugerido que esta asociación no existe en mujeres de países no industrializados ni en personas delgadas con bajo consumo de sal.

En la mayoría de los estudios se ha identificado un aumento de la HSA con la edad, sin embargo, esta relación no se ha observado en poblaciones con bajos

niveles de obesidad y estrés, baja ingesta de sal y fuerte actividad física y la magnitud del cambio de HSA por año de edad parece depender del grado de modernización de la población.

Por otra parte, la prevalencia ajustada de hipertensión arterial HSA en poblaciones occidentales es mayor en hombres que en mujeres de entre los 50 y 60 años de edad, pero esta relación se invierte en ≥ 50 años; esto no se ha confirmado en poblaciones no occidentales (11).

Así también hay factores de riesgo que son prevenibles y son causantes de hipertensión sistólica aislada entre ellos encontramos los siguientes:

Diabetes mellitus.- En México en el 2015, el autor Hernández, realizó un estudio sobre factores asociados al control de la hipertensión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el centro de salud Emiliano Zapata, 2014. Se estudiaron un total de 102 pacientes con hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo 2. (20)

En los resultados obtuvieron que la edad media fue de 57 ± 11 años, el mayor rango de edad se presentó en el grupo de 61 a los 70 años, con un 33.32 %, 28 de los casos fueron hombres y 74 fueron mujeres. El mayor porcentaje de estos tenían hipertensión arterial sistémica de 10 y 19 años de evolución del diagnóstico con un porcentaje del 30 % (20)

Obesidad.- Según la OMS, hay más de 1.000 millones de personas con sobrepeso y obesidad; se prevé que para el 2020, se incrementará a 1.500 millones; que junto a la hipertensión arterial (1 millón de nuevos casos por año) son la causa de 17 millones de defunciones anuales, la mayor prevalencia de hipertensión arterial se encuentra en la región del África con el 48,7%; la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad se registra en la región de las Américas con un 62% de sobrepeso y 26% de obesidad en ambos sexos. (16)

En un estudio LILACS realizado en hipertensos colombianos con una muestra de 2167 pacientes de los cuales el 56,4% eran mujeres y 43,6% hombres; el 32,1% de pacientes tenían cifras de presión arterial controlada. El riesgo cardiovascular de la población fue bajo en 19,3%, moderado en 35,9, alto en

30,6% y muy alto en el 14%, la coexistencia de la hipertensión arterial más sobrepeso, obesidad, eleva la prevalencia de enfermedades cardiovasculares. (18)

En Bogotá y algunos municipios de Cundinamarca, en una población de 719 pacientes el 92,4% de hipertensos tienen uno o más factores de riesgo cardiovasculares, el 75,38% se encuentran con cifras tensionales controladas, en el 75,7% de la población se encuentra con sobrepeso u obesidad (19)

En la ciudad de Holguín, el estudio realizado por Moreno L, un grupo de pacientes hipertensos donde predominó el sexo masculino, encontramos que el 51,61% presentan sobrepeso y en los no hipertensos no se registra sobrepeso en el 90,32; el 61,29% presentaron hábitos sedentarios en el grupo de hipertensos, y en los no hipertensos solo el 25,81% sedentarios. (19)

Dislipidemia.- El aumento de niveles de lípidos en sangre conlleva a enfermedades coronarias e hipertensión arterial sistémica.

Jardín y Ávila (2017) la población mundial cambió los hábitos alimenticios y de vida, exponiéndose cada vez a riesgos cardiovasculares. El cambio en las cantidades de alimentos ingeridos y la composición de la dieta, sumada a la baja frecuencia de la actividad física, provocó alteraciones significativas en el peso corporal y en la distribución de la obesidad aumentando la prevalencia de enfermedades hipertensivas (20)

Mientras en la ciudad de Rosario, en el estudio de Hernández O, con una población de 50 pacientes con hipertensión arterial, el 52% de total de la población es de sexo femenino y 48% al sexo masculino, un 20% prefiere la comida frita, el 100% de los hipertensos consume carnes, el consumo de comida rica en azúcares es consumida en un 70%, leguminosas 74%, pan y sus derivados el 82%; lo que demuestra que los pacientes con hipertensión arterial sistólica aislada se alimentan inadecuadamente y llegan a tener dislipidemia, lo que predispone de forma directa a una cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, enfermedad renal y vascular periférica. (20)

En Valparaíso en un estudio realizado por Regulo C, para determinar el consumo de alimentos se pudo encontrar que un escaso porcentaje de la población

presenta hábitos nutricionales saludables, en el resto de la población hay una tendencia de un bajo consumo de frutas, verduras, lácteos y pescado y un consumo excesivo de azúcares y alimentos grasos. Lo que ha llevado un alto porcentaje de sobrepeso. (10)

DIAGNÓSTICO DE LA HTA EN EL ADULTO MAYOR

En primera instancia la HTA será confirmada mediante la medición constante de la presión arterial, la técnica consiste en permanecer de pie 5 minutos antes de la toma puesto que la rigidez de las arterias influye en los resultados del adulto mayor (10) (8).

La automedida de la Presión Arterial (AMPA) tiene mayor aplicabilidad que la monitorización ambulatoria de la Presión Arterial de 24 h (MAPA) y propone una pauta de 7 días, con 2 lecturas en la mañana y la noche, antes de la toma de antihipertensivos. El uso de tensiómetros automáticos que no precisan de la presencia de personal sanitario, se asocian con menor efecto de bata blanca. La automedida de la presión arterial nos ayuda a descartar diagnósticos como: hipertensión enmascarada y la hipertensión nocturna del adulto mayor.

En varias ocasiones se detectan falsos positivos pues el estado anatómico de los vasos sanguíneos de los ancianos influye en los malos resultados. (9).

El estilo de vida se basa en patrones de comportamiento identificables determinados por la interacción entre las características personales individuales, interacciones sociales, condiciones de vida socio económicas y ambientales. Hoy en día se ha incrementado las enfermedades degenerativas debido a un estilo de vida deficiente, entre las principales enfermedades crónicas degenerativas que destacan esta, la Diabetes Mellitus, elevación en las concentraciones sanguíneas de colesterol y triglicéridos. Entre las intervenciones más importantes para un estilo de vida saludable se encuentran una dieta equilibrada, el control del peso, disminuir el consumo de sodio, el ejercicio y el cese del consumo del alcohol y el tabaco. (10)

La OMS definió el estilo de vida como una forma general de vida básica en la interacción entre las condiciones de la vida en un sentido amplio y los patrones

individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales.

La diabetes, una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglicemia consecuencia de defectos en la secreción o acción de la insulina a largo plazo puede provocar disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente del corazón, nervios, vasos sanguíneos y de los ojos. La diabetes se asocia a un aumento de 2 a 3 veces en la probabilidad de la aparición de un ECV, siendo este aumento mayor en las mujeres que en los varones. (4)

La diabetes además se asocia a una mayor probabilidad de aparición de hipertrigliceridemia, colesterol HDL bajo, presión arterial alta y obesidad. se ha señalado que la resistencia de la insulina es un mecanismo frecuente de estos factores de riesgo, denominándose así síndrome metabólico.

Fumar es uno de los mayores factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer sobre todo del pulmonar y de enfermedad obstructiva crónica. Puesto que un cuarto de las personas que fuman habitualmente mueren a edad media, se ha calculado que los que dejan de fumar antes de los 50 años reducen a la mitad el riesgo de morir en el transcurso de los siguientes 15 años, en comparación con los que siguen fumando. (7)

En relación entre tabaco e hipertensión sigue sin estar clara. Al principio, los fumadores pueden mostrar aumento de la presión arterial, a causa de la vasoconstricción producida por la nicotina.

El sobrepeso e incluso la obesidad son frecuentes en la sociedad actual. La obesidad es el principal problema nutricional afectando entre el 15 y el 20% de la población. A partir de los 40 años tanto en hombres como en mujeres no escapa de esta tendencia, sino que aumenta el porcentaje. En el grupo de la población entre los 40 y 65 años el sobrepeso sobre pasa el 50%, mientras que el grado de obesidad está por encima del 15%, el sobrepeso y la obesidad incrementa significativamente el riesgo de padecer enfermedades el riesgo de padecer enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), la mortalidad prematura el costo social de la salud, además de reducir la calidad de vida.



Para realizar una evaluación integral y correcta del paciente hipertenso anciano implica:

- a) Examinar al paciente en el área de geriatría: la situación funcional (dependencias físicas y mentales) y los condicionantes sociales (aislamiento, economía, vivienda).
- b) Establecer el nivel y gravedad de la HTA.
- c) Indagar factores de riesgo cardiovascular. Entre ellos son imprescindibles: consumo de tabaco y de alcohol, además de medir el perímetro abdominal (11).

TERAPÉUTICA Y MANEJO.

El ACC en el año 2017 colocó valores para hipertensión sistólica aislada (ISH), en presión arterial sistólica (PAS) ≥ 130 mm Hg y presión arterial diastólica (PAD) < 90 mm Hg, en adultos jóvenes y de mediana.

Indicadores para el tratamiento de Hipertensión Arterial en ancianos, según los valores de tensión arterial.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

El cambio de estilo de vida influye en la modificación de los valores patológicos de la presión arterial. Entre las medidas más apropiadas que debe seguir el paciente, tenemos: (5) (12).

- a) Ingerir sodio alrededor de 100 mmol/día.
- b) Disminuir la cantidad de calorías en caso de sobrepeso.
- c) Consumir más potasio (frutas frescas, vegetales, y cereales) y de calcio.
- d) Caminar diariamente, de preferencia 1 hora.
- e) No ingerir alcohol (5)(13).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Al momento de decidir el fármaco para la instauración del tratamiento farmacológico debemos considerar la situación socioeconómica del paciente, así como todos y cada uno de los mecanismos de acción y efectos adversos de los fármacos disponibles (7) (8).

Diuréticos Tiazídicos: Primera elección en Hipertensión Arterial Sistólica aislada del adulto mayor; Si se administran en dosis bajas, obtenemos los siguientes beneficios: disminuyen la sobrecarga de volumen, la congestión, el edema y reducen la presión arterial sistólica (5) (13) (8).

Los Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina: Fármacos antihipertensivos de primera elección en este grupo de pacientes (Nivel de evidencia Ib).

Los Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina: Demostraron ser superiores a los β -bloqueadores en el objetivo compuesto de reducción de la mortalidad cardiovascular global en el estudio. Deben ser considerados en el primer escalón (nivel de evidencia Ib) (3).

B-Bloqueadores: Son fármacos de segunda línea. Es importante hacer controles periódicos de electrolitos en sangre para evitar situaciones de hiponatremia, que conlleve a complicaciones mayores (7).

Bloqueantes de los Canales de Calcio: Fármacos muy utilizados en tratamiento de la hipertensión, fármacos de evidencia b. (14).

PRONÓSTICO

Se pudo observar que la HSA tiene una morbimortalidad del 60% que se evidenció en el estudio, realizado por el autor Armario P, que procedió a un seguimiento durante 3,8 años de 15.693 pacientes con hipertensión sistólica aislada. Se pudo ver que independientemente de la presión arterial sistólica, la presión arterial diastólica se correlacionó inversamente con la mortalidad total, lo que destaca el papel de la presión del pulso como factor de riesgo.

El tratamiento activo redujo la mortalidad total en un 13%, la mortalidad cardiovascular en un 18%, todas las complicaciones cardiovasculares en un 26%, el ictus en un 30% y los episodios coronarios en un 23%. (21)

Para analizar la viabilidad y eficacia de un tratamiento establecido, se acepta que los niveles de Hipertensión Arterial Sistólica a alcanzar estarán en dependencia de: (5)

- a) La severidad de la hipertensión inicial.
- b) Las características clínicas de cada paciente.
- c) Las condiciones médicas concomitantes.
- d) Riesgos y beneficios del descenso de la presión arterial (enfermedad renal crónica y diabéticos). (5)

Las cifras de Hipertensión Arterial Sistólica a alcanzar como criterio de calidad, es igual o inferior a 140 mmHg, y en pacientes diabéticos y proteinúricos 120-130 mmHg. Existe un consenso general de enfatizar la reducción cuidadosa y paulatina de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años como medida preventiva de: (5)

- Eventos cardiovasculares y cerebrovasculares.
- Reducción de la incidencia de demencia.
- Mejorar el bienestar y expectativa de vida de estos pacientes. (5)

Es necesario reducir la Presión Arterial Sistólica en 20 mmHg o más de la línea base de la misma independientemente de la farmacoterapia antihipertensiva empleada (7).

En edades avanzadas ocurren disfunciones de la mayoría de los sistemas orgánicos, que trae como consecuencia que la absorción, distribución y excreción de los medicamentos se altere. El especialista debe tener precaución en cuanto a las dosis de los fármacos, con el objetivo de no provocar hipotensión ortostática u otro efecto adverso o que aumenten el riesgo de mortalidad. (5) (15)

La adherencia y cumplimiento al tratamiento por parte de los adultos mayores se establece como un problema de Salud Pública, especialmente en países de bajos recursos; puesto que, en la mayoría de ocasiones la falta de acompañamiento es el primer factor causal de la ineffectividad de un tratamiento; pues, la condición del adulto mayor genera: olvido en la toma de medicación, confusión al momento de tomar el fármaco, repetición en la toma del fármaco y depresión como consecuencia del abandono familiar (7) (8).

2.2 HIPOTESIS

La Hipertensión arterial sistólica aislada está asociada con edad, sexo, residencia, diabetes, obesidad y dislipidemia.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general:

Determinar la Prevalencia y factores de riesgo de Hipertensión Arterial Sistólica aislada en adultos mayores, de consulta externa, del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo MAYO 2018-ENERO 2019.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a la población de estudio según características sociodemográficas tales como: edad, sexo, residencia.
2. Determinar la prevalencia y grado de hipertensión arterial sistólica aislada, mediante una revisión sistemática de historias clínicas.
3. Identificar los factores de riesgo como: obesidad, diabetes, dislipidemia; mediante una revisión sistemática de historias clínicas.
4. Relacionar la presencia de hipertensión arterial sistólica aislada y los factores de riesgo.

CAPITULO IV

4. METODOLOGIA

4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio será de carácter descriptivo, retrospectivo y transversal.

4.1.1 UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo estará constituido por las 194 historias clínicas que constituyen todos los pacientes hipertensos que asistieron al área de consulta externa de Medicina interna, del hospital San Vicente de Paúl, del cantón Pasaje, provincia El Oro, durante el periodo MAYO 2018-ENERO 2019.

4.1.2 MUESTRA:

La muestra estará constituida por un total de 100 historias clínicas que corresponden a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que asistieron a consulta externa del área de medicina interna del hospital San Vicente de Paúl, del cantón Pasaje, provincia El Oro, durante el periodo MAYO 2018-ENERO 2019.

Se trabajó con este total puesto que se cuentan con los recursos para hacerlo y esto evitara sesgos en los resultados.

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Historias clínicas completas
- Pacientes mayores a 65 años.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión de un año o más.

4.2.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas incompletas.
- Pacientes Con demencia
- Pacientes en estado de abandono por familiares
- Pacientes que no cumplen con los criterios de inclusión.

4.3 METODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACION

Método: Se realizará una revisión sistemática y ordenada de historias clínicas.

Instrumentos: se usará un formulario de recolección de datos creado para el propósito de este estudio, el mismo contarán las variables a investigar. (Ver Anexo N°3)

4.4 PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La información recolectada de las historias clínicas será digitalizada en Excel y procesada y analizada en el programa estadístico SPSS versión 15.V.

Para variables cuantitativas como: edad, talla, peso, IMC, presión arterial, se calcularán frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Mientras que



para variables cualitativas como: sexo, residencia, imc, grados de hipertensión sistólica aislada, factores de riesgo, tratamiento farmacológico y no farmacológico se calcularán frecuencias y porcentajes.

La relación estadística entre variables se realizará mediante el cálculo del valor de p de chi cuadrado. Los resultados serán presentados en tablas simples.

4.5 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS:

En esta investigación se revisarán y aplicarán las normas de protocolo de Helsinki, el mismo que explica cómo trabajar con seres humanos, cuidando el aspecto ético, también cabe mencionar que la información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Por parte del Departamento de Bioética de la Facultad de medicina, que aprobó las normas bioéticas realizadas en este estudio y que se adjunta con el oficio dados por el mismo. (Ver Anexo 1)

4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

4.6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escalas
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
Edad	Número de años cumplidos desde el nacimiento	Cronológica	Edad en años registrada la cédula de ciudadanía	Hombres y mujeres mayores de 65 años. Escala de OMS: <ul style="list-style-type: none"> • Niñez: 5 – 13 años • Adolescencia: 14-17 años • Adultos Jóvenes: 18-35 años • Adultos: 36 -60 años • Adultos Mayores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Edad avanzada: 60 – 74 años ○ Viejas o ancianas: 75 – 90 ○ Longevo: +90 años
Sexo	Distinción sexual de un individuo	Identidad sexual	Sexo registrado en la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Residencia	Lugar donde habita actualmente según el mapa geográfico del INEC.	Lugar donde vive.	Residencia registrada en la historia clínica.	1. Urbana 2. Rural

Hipertensión sistólica aislada.	Presión arterial sistólica por encima de los 140 mmHg, manteniendo la presión arterial diastólica por debajo de 99 mmHg.		Clasificación de la Hipertensión Arterial sistólica según “Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2017”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grado 1. Presión sistólica 140 – 159, presión diastólica menor a 90. 2. Grado 2. Presión sistólica 160– 179, presión diastólica menor a 90. 3. Grado 3. Presión mayor a 180, presión diastólica menor a 90.
--	--	--	---	--

FACTORES DE RIESGO

Obesidad.	Estado patológico, se caracteriza por un exceso o acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo.	Factor de riesgo	IMC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obesidad tipo I: >30 2. Obesidad tipo II: >35
Diabetes Mellitus Tipo 2	Enfermedad crónica que se diagnostica por un profesional en medicina, la cual aparece cuando no se produce una suficiente cantidad de	Factor de riesgo	Control de glicemia en ayunas.	Criterios según la OMS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Normal: Glicemia en ayunas <110 mm/dl 2. Glicemia en ayunas alterada: ≥110 - <126 3. Intolerancia a la Glucosa: <126 4. Diabetes Mellitus: ≥126

	<p>insulina en el organismo, existiendo una mayor producción de glucosa.</p>				
Dislipidemia.	<p>Dislipidemia es un trastorno cuantitativo o cualitativo de los lípidos y lipoproteínas en la sangre. El término suele ocuparse para referirse a aquellos trastornos que aumentan el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular.</p>	Factor de riesgo	de	<p>Medición de triglicéridos en sangre:</p> <p>Valores de Colesterol en sangre:</p> <p>Valor de HDL en sangre:</p> <p>Valor de colesterol LDL en sangre:</p>	<p>Normal: 40-170 mg/dl Límite: 170- 175mg/dl Elevado: >175mg/dl.</p> <p>Normal: 150 – 200 mg/dl Elevado: > 200mg/dl</p> <p>Normal: >40 mg/dl Anormal: -40 mg/dl</p> <p>Normal: 120 – 150 mg/dl Elevado: >150 mg/dl</p>

CAPITULO V

5. RESULTADOS:

TABLA N°1. DISTRIBUCIÓN DE 100 DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA AISLADA QUE ACUDIERON A EL AREA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, DURANTE MAYO 2018 - ENERO 2019. SEGÚN DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS. CUENCA 2019

Datos sociodemográficos	Frecuencia	%
Edad (clasificación de la tercera edad, OMS)	Edad avanzada	55,0
	55	
	Viejo anciano	42,0
	42	
	Longevo	3,0
	3	
	Total	100
	100	
Sexo	Hombre	28,0
	28	
	Mujer	72,0
	72	
	Total	100
	100	
Residencia	Urbano	90,0
	90	
	Rural	10,0
	10	
	Total	100
	100	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Tito Bernal C.

Según los datos sociodemográficos se puede observar que más de la mitad están en edad avanzada es decir el 55%, 72% son mujeres y 90% viven en zonas urbanas.

TABLA N°2. DISTRIBUCIÓN DE 194 DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDIERON A EL AREA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, DURANTE MAYO 2018 - ENERO 2019. SEGÚN PREVALENCIA. CUENCA 2019

Hipertensión arterial sistólica aislada	Frecuencia	%
Si	100	51,5
No	94	48,5
Total	194	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Realizado por: Tito Bernal C.

Al utilizar la fórmula para calcular prevalencia, total de casos (100) dividido para el total de la población (194) multiplicado por cien, se pudo conocer que la prevalencia de Hipertensión sistólica aislada (HSA) fue de 51,54.

TABLA N°3. DISTRIBUCIÓN DE 100 DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA AISLADA QUE ACUDIERON A EL AREA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, DURANTE MAYO 2018 - ENERO 2019. SEGÚN CLASIFICACIÓN PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA. CUENCA 2019

CLASIFICACIÓN PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA	Frecuencia	%
Grado 1 <i>(Presión sistólica 140 – 159, presión diastólica menor a 90).</i>	65	65,0
Grado 2 <i>(Presión sistólica 160– 179, presión diastólica menor a 90).</i>	33	33,0
Grado 3 <i>(Presión mayor a 180, presión diastólica menor a 90).</i>	2	2,0
Total	100	100,0

Análisis: Según las tablas dependiendo del grado de HTA sistólica Aislada sacamos que existe un valor de:

X: 153,58
DS: 8,59

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Tito Bernal C.

En cuando a la clasificación es grado 1 es la más frecuente con el 65%, seguido del grado 2 con el 33%, segundo del grado 3 con el 2%.

TABLA N°4. DISTRIBUCIÓN DE 100 DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA AISLADA QUE ACUDIERON A EL AREA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, DURANTE MAYO 2018 - ENERO 2019. SEGÚN FACTORES DE RIESGO. CUENCA 2019

FACTORES DE RIESGO		Frecuencia	%
IMC	Normal (18,5 a 24,9)	48	48,0
	Sobrepeso (>25)	44	44,0
	Obesidad I (>30)	8	8,0
	Total	100	100,0
Dislipidemia	Diabetes (8 -130 mg/dL)	16	16,0
	Con comorbilidades	14	14,0
	Sin comorbilidades	70	70,0
Total		100	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Tito Bernal C.

Se tomó como pacientes con dislipidemia todos aquellos que presentaron elevación de algún valor de colesterol total, LDL, HDL o Triglicéridos. En cuanto a los factores de riesgo los pacientes con IMC normal predominan con el 48%, mientras que los que presentan sobrepeso representan el 44% y los que padecen obesidad se encuentran en el 8% de los casos. Aunque el 70% de los pacientes no presentaron comorbilidades el 16% presentaron diabetes y el 14% dislipidemia.

TABLA N°5. DISTRIBUCIÓN DE 100 DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN| ARTERIAL SISTÓLICA AISLADA QUE ACUDIERON A EL AREA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, DURANTE MAYO 2018 - ENERO 2019. SEGÚN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. CUENCA 2019

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Frecuencia	%
1 Fármaco	57	57,0
2 Fármacos	23	23,0
3 Fármacos	14	14,0
Sin tratamiento farmacológico	6	6,0
Total	100	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Tito Bernal C.

Esta tabla muestra la opción terapéutica utilizada para estos pacientes, y el 57% solo uso un fármaco mientras que el 23% utilizó tratamiento convidando de 2 fármacos y el 14% utilizó 3 fármacos.

TABLA N°6. DISTRIBUCIÓN DE 194 DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA AISLADA QUE ACUDIERON A EL AREA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, DURANTE MAYO 2018 - ENERO 2019. SEGÚN COMORBILIDADES e HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA AISLADA. CUENCA 2019

COMORBILIDADES		HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA AISLADA		Total	P	OR	IC
		Si	No				
Obesidad	No	N 92	N 21	113	0,001	1,60	0,616-2,056
		% 47,4%	% 10,8%	58,2%			
	Si	N 8	N 73	81			
		% 4,1%	% 37,6%	41,8%			
Total	N 100	N 94	194				
	% 51,5%	% 48,5%	100,0%				
Diabetes	Si	N 16	N 16	32	0,85	1,36	0,706-1,199
		% 8,20%	% 8,20%	16,50%			
	No	N 84	N 78	162			
	% 43,30%	% 40,20%	83,50%				
Total	N 100	N 94	194				
	% 51,50%	% 48,50%	100,00%				
Dislipidemia	Si	N 14	N 6	20	0,077	0,123	0,603-2,209
		% 7,2%	% 3,1%	10,3%			
	No	N 86	N 88	174			
	% 44,3%	% 45,4%	89,7%				
Total	N 100	N 94	194				
	% 51,5%	% 48,5%	100,0%				

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Realizado por: Tito Bernal C.

Al relacionar la presencia de Hipertensión sistólica aislada con los factores de riesgo se pudo conocer que la obesidad y la dislipidemia presentan una relación estadísticamente significativa con la Hipertensión sistólica aislada, puesto que se calculó un valor de inferior a 0,05; mientras que la diabetes no presento esta relación.

TABLA N°7. DISTRIBUCIÓN DE 100 DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA AISLADA QUE ACUDIERON A EL AREA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, DURANTE MAYO 2018 - ENERO 2019. SEGÚN DATOS DEMOGRÁFICOS Y FACTORES DE RIESGO SISTÓLICA AISLADA. CUENCA 2019

Datos demográficos		Factores de riesgo		P	OR	IC
		Obesidad				
		65 a 74 años	75 años en adelante			
Edad	Si	n	8	0	0,008	0,51
		%	100,00%	0,00%		
		Hombre	Mujer			
Sexo	Si	n	6	2	0,06	0,10
		%	75,00%	25,00%		
		Urbano	Rural			
Residencia	Si	n	8	0	1	0,89
		%	100,00%	0,00%		
		Diabetes				
		65 a 74 años	75 años en adelante			
Edad	Si	n	11	5	0,2	2
		%	68,80%	31,30%		
		Hombre	Mujer			
Sexo	Si	n	7	9	0,13	2,3
		%	43,80%	56,30%		
		Urbano	Rural			
Residencia	Si	n	15	1	1	1,8
		%	93,80%	6,30%		
		Dislipidemia				
		65 a 74 años	75 años en adelante			
Edad	Si	n	6	8	0,32	0,5
		%	42,90%	57,10%		
		Hombre	Mujer			
Sexo	Si	n	5	9	0,52	1,5
		%	35,70%	64,30%		

Residencia	Si	Urbano	Rural	0,14	0,32	0,073-1,44
		n	3			
	%	78,60%	21,40%			

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Tito Bernal C.

Al relacionar los datos demográficos con comorbilidades, se puede notar no existe relación estadística pues en ninguna variable se calculó un valor de p inferior a 0,05.

CAPITULO VI

6. DISCUSION

Los resultados obtenidos en la presente investigación en cuanto a datos sociodemográficos, determino que más de la mitad de los participantes están en edad avanzada es decir el 55%. Por otro lado, Zubeldia Lauzurica et al en su trabajo de investigación denominado “Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana”, 2016, dio a conocer que el 21% de pacientes hipertensos fueron de 65 o más años (1). Asimismo, datos del mismo autor dan a conocer que el 35,7 % de mujeres con hipertensión arterial y el 40.7% de hombres con hipertensión (1). Sin embargo, González Popa et al en su artículo llamado “Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel”, 2014. Demostró cómo se comportó la hipertensión arterial en adultos mayores, en los cuales el grupo más predominante fue el de 65-69 años con 36 % (45 pacientes) seguido del grupo de 70-74 años con 33 pacientes (26 %) (3).

Datos obtenidos en el presente estudio demuestran lo contrario, mostrando así que el 72% de participantes que presentan hipertensión arterial son mujeres y el 28% son hombres. Por otro lado, Jugal Kishore et al en su estudio “Prevalence of Hypertension and Determination of Its Risk Factors in Rural Delhi” , 2016. Determinó que el 13.8 % de hipertensos son hombres y el 14.3 mujeres (2). Gonzalez Popa et al en su estudio “Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel”. 2014, menciona que el mayor número de enfermos se encontró en el sexo femenino 71 pacientes (56%) (3); estudio que concuerda con los datos obtenidos por Porres Gonzaga “Hipertensión Arterial En Los Adultos Mayores De 60 Años Del Cantón Zapotillo



2016”, en los cuales, determinó que existe una mayor prevalencia de personas hipertensas del género femenino con un 58,97% (4).

Los resultados obtenidos en cuanto al lugar de residencia reflejan que, el 90% de los pacientes con HSA viven en zonas urbanas y el 10% en zonas rurales, concordando con el estudio de Caranguí Villa, Moreira acerca de “Hipertensión Arterial Esencial en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el Periodo 2013-2015” en donde encontró una mayor distribución de la Hipertensión arterial sistólica (HSA) esencial en zonas urbanas con porcentajes mayores al 70% en los tres años correspondientes, mientras que en la zona rural hubo una presentación de (HSA) en porcentajes menores al 25% (5). Resultados similares son obtenidos por Rosero Caiza en su estudio “Grados de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Cardiovascular asociados en pacientes Hipertensos que acuden a la Consulta Externa del Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas Periodo de Enero a Febrero del 2018” se evidenció que el 70.5 % de hipertensos pertenece al sector urbano y el 29.5% al rural (8). Sin embargo, en el caso de Gómez Cuesta en su estudio “Prevalencia de Hipertensión arterial sistólica aislada Y Factores de Riesgo, en pacientes mayores de 45 años del Hospital San Sebastián De Sigsig Periodo septiembre 2016-junio 2017” da a conocer un mayor porcentaje de pacientes con HTA reside en zonas rurales correspondiente al 42.1% y un 26,5 % de procedencia urbana (7).

Caranguí Villa, Moreira Vera en su estudio “Hipertensión Arterial Esencial en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el Periodo 2013-2015”. Las historias clínicas recabadas nos indican que en pacientes atendidos en el Hospital Universitario el grado de HSA con mayor prevalencia fue el grado II, con una presión sistólica entre 140 – 159 mmHg y una presión diastólica entre 90 – 99 mmHg, con los siguientes porcentajes: 72,31%; 76,34% y 74,05% en el año 2013, 2014, y 2015 respectivamente, que comparados con los grados I y III (menos del 15,5%) es bastante menor (5). Este estudio discrepa con los resultados obtenidos en esta investigación en donde se determinó que, en cuando a la clasificación es grado 1 es la más frecuente con el 65%, seguido del grado 2 con el 33%, segundo del grado 3 con el 2%. No obstante los resultados presentados por Rosero Caiza en su estudio “Grados de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Cardiovascular asociados en pacientes Hipertensos que acuden a la Consulta



Externa del Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas Periodo de Enero a Febrero del 2018” coinciden con la actual investigación en donde identificó que la HTA grado 1 representa el 31.5%, HTA grado 2 el 23.5% e HAS grado 3 el 14.5%. De acuerdo a los grados de Hipertensión podemos concluir que el grado 1 de HTA es el más sobresaliente en los pacientes estudiados (8).

Los resultados obtenidos en cuanto a la prevalencia de Hipertensión sistólica aislada (HSA) fue de 51,54%. Asimismo, Jugal Kishore et al en su estudio “Prevalence of Hypertension and Determination of Its Risk Factors in Rural Delhi”, 2016. Determino la prevalencia de hipertensión del 14.1% (2).

Por otro lado, Paramio Rodríguez, Marín Hernández en su estudio “Prevalencia de la Hipertensión Arterial Sistólica Aislada y Factores de Riesgo asociados en dos barrios del Municipio Independencia” , 2007 determina la prevalencia de hipertensión arterial sistólica en menor porcentaje, representando el 34.52% (6), en concordancia con la investigación de Gómez Cuesta en su estudio “Prevalencia de Hipertensión arterial sistólica aislada Y Factores de Riesgo, en pacientes mayores de 45 años del Hospital San Sebastián De Sigsig Periodo septiembre 2016-junio 2017”. En donde también se evidencia un menor porcentaje de prevalencia de hipertensión arterial sistólica que en el actual estudio, representando el 35.3% (7).

En cuanto a los factores de riesgo los pacientes con IMC normal predominan con el 48%, mientras que los que presentan sobrepeso representan el 44% y los que padecen obesidad se encuentran en el 8% de los casos. Una investigación similar realizada por Jugal Kishore et al en su estudio “Prevalence of Hypertension and Determination of Its Risk Factors in Rural Delhi” , 2016 , no coincide con los datos anteriores, manifestando porcentajes menores en donde el 16.4 % presento sobrepeso y el 16.9% obesidad (2).

Asimismo, Gómez Cuesta en su estudio “Prevalencia de Hipertensión arterial sistólica aislada Y Factores de Riesgo, en pacientes mayores de 45 años del Hospital San Sebastián De Sigsig Periodo septiembre 2016-junio 2017” determinó que el 28.8% de los pacientes hipertensos son diabéticos (7); tal estudio no coincide con los resultados obtenidos en la presente investigación.

En cuando a factores de riesgo relacionados dislipidemia, los resultados obtenidos en la actual investigación reflejaron que solamente el 14% de los pacientes con IRC presentaron comorbilidad con dislipidemia. No es el caso del estudio realizado por Zubeldia Lauzurica et al en su estudio “Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana”, 2016, en el cual se evidenció que el 64,6 % de hipertensos presentaron colesterol elevado (1). En cuando a la investigación de Jugal Kishore et al en su estudio “Prevalence of Hypertension and Determination of Its Risk Factors in Rural Delhi”, 2016, se encontró que el 20,7% de los sujetos presentó aumento del nivel de colesterol total, del mismo modo el nivel de triglicéridos esta aumentado en el 19.5 % (2). Tales resultados se asemejan a los obtenidos en la presente investigación.

Por otro lado, González Popa et al en su estudio “Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel”. 2014. Los pacientes con hipertensión arterial sistólica aislada presentaron como principal factor de riesgo las dislipemias (37%) (3).

Al realizar un análisis relacional en base a Hipertensión sistólica aislada con los factores de riesgo se pudo obtener que la obesidad y la dislipidemia presentan una correspondencia estadísticamente significativa con la Hipertensión sistólica aislada, puesto que se calculó un valor de inferior a 0,05; mientras que la diabetes no presento esta relación.

Jugal Kishore et al. en su estudio “Prevalence of Hypertension and Determination of Its Risk Factors in Rural Delhi”, 2016. De 142 hipertensos la historia previa de hipertensión fue dada por 68 (6.8%) de los sujetos, De estos 68 sujetos, solo 29 (42.6%) informaron que estaban tomando medicamentos antihipertensivos (2). Por otro lado, González Popa et al en su estudio “Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel”. 2014, el tratamiento farmacológico se instauró en el total de pacientes con hipertensión arterial sistólica aislada, predominando además la utilización de IECAS con una aplicación del 100%, seguido de los diuréticos con 64.1 %, beta bloqueadores 19.2 % y calcios antagonistas 7.6% (3). Tales resultados coinciden con los obtenidos en este estudio, manifestando que 57% solo uso un fármaco mientras que el 23% utilizó tratamiento convidando de 2 fármacos y el 14% utilizó 3 fármacos.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

7.1 CONCLUSIONES

Una vez finalizada la investigación se establece las siguientes conclusiones:

- Las enfermedades que presentan mayor comorbilidad con la hipertensión sistólica asilada, fueron la obesidad, diabetes y dislipidemia. Las mismas que a su vez, son consideradas factores de riesgo, que pueden potencializar el cuadro, agravando su sintomatología.
- Asimismo, se puede evidenciar que en cuando al grado de hipertensión sistólica asilada, los resultados obtenidos en la presente investigación dan a conocer que el grado más frecuente que presenta estos pacientes es el grado 1.
- Se puede concluir por último que dando a conocer que la prevalencia de Hipertensión sistólica aislada (HSA) corresponde a más de mitad de la población que fue objeto de estudio.

7.2 RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta que se desconocía en un alto porcentaje los pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial sistólica Aislada, estos sean valorados por un personal médico adecuado, y así reciban un tratamiento correspondiente.
- Recomendamos combatir el hábito de fumar, la obesidad y los malos hábitos dietéticos en los pacientes hipertensos.
- El trato con los pacientes debe ser humanitario y carismático, por lo que se recomienda establecer protocolos de preparación a los profesionales que se encuentran a cargo de estos pacientes, para mejorar la atención e intervención.



7.3 BIBLIOGRAFIA

7.3.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. González Popa MI, Rodríguez M del RG, Castellano YT, Pérez JJM. Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel. 2014. Mul Med [Internet]. el 28 de agosto de 2015 [citado el 17 de mayo de 2019];19(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60542>
2. GARCÉS B, PORRES J. Hipertensión arterial en los adultos mayores de 60 años del cantón Zapotillo, en el periodo mayo-octubre del 2015. [Online].; 2015 [cited 2018 MAYO 29. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/16442>.
3. Osorio-Bedoya EJ, Amariles P. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. Revista Colombiana de Cardiología. el 1 de mayo de 2018;25(3):209–21.
4. Arias Morales A, García Hernández R, Oliva Pérez M. Riesgo cardiovascular global en pacientes ancianos hipertensos. Revista Cubana de Medicina. junio de 2014;53(2):178–88.
5. Alfonso Guerra JP, Castillo Montesino I, Delgado-Orama Frómeta A, Alban P. Criterios y actitudes de grupos de médicos sobre la hipertensión sistólica aislada. Revista Cubana de Medicina. junio de 2017;56(2):97–108.
6. Salazar Cáceres PM, Rotta Rotta A, Otiniano Costa F. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered. el 27 de abril de 2016;27(1):50.
7. Valenzuela-Flores AA, Solórzano-Santos F, Valenzuela-Flores AG, Durán-Arenas LG, de León-Rosales SP, Oropeza-Martínez MP, et al. Key recommendations of the clinical guidelines of arterial hypertension in primary care. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. :12.

8. Zubeldía Lauzurica L, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev Esp Salud Pública. el 20 de marzo de 2017;90:e40006.
9. Sierra C. La hipertensión arterial en el anciano. Hipertensión y riesgo vascular. 2017;34(Supl.2):26–9.
10. Régulo Agusti C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta Médica Peruana. mayo de 2016;23(2):69–75.
11. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez G. Hipertensión arterial sistémica en el adulto mayor. Recomendaciones para la práctica clínica. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2016 [citado el 17 de mayo de 2019];54(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=457746536005>
12. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Camafort M, Abad-Cardiel M, Martín-Rioboo E, Morales-Olivas F, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertensión y Riesgo Vascular. el 1 de julio de 2018;35(3):119–29.
13. Zubeldía Lauzurica L, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev Esp Salud Publica. el 20 de marzo de 2017;90:e40006.
14. Trindade RCADSL,DdBCM,SMS. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev.LatinoAm.Enfermagen. 2014 Jul-Ago; 22.



15. Brenes B,M, Villalobos A. Evaluación del estado nutricional de un grupo de funcionarios con hipertensión arterial atendidos en la oficina de bienestar y JOSÉ ALBERTO GÓMEZ CUESTA salud, sede universitaria Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica, 2012.Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina; 2015.

16. PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL Y FACTORES DE RIESGO EN POBLACION ADULTA AFROECUATORIANA DE LA COMUNIDAD LA LOMA, CANTON MIRA, DEL CARCHI 2015
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2070/1/TESIS%20COMPLET A%20NELLY%20AGUAS.pdf>

17. Factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares en la población anciana ingresada en un centro sociosanitario
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183712000281>

18. LILACS-Prevalencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en una muestra de pacientes con hipertensión arterial esencial
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=528916&indexSearch=ID>

19. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE BOGOTA Y MDE LOS MUNICIPIOS DE CUNDINAMARCA
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/medicina/tesis39.pdf>

20. Hernández OMF. Factores asociados al control de la hipertensión arterial en pacientes con diabetes mellitus 2 en el Centro de Salud Emiliano Zapata, 2014. Tesis de Grado. México: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina; 2015.



21. Armario P. Riesgos de la hipertensión sistólica aislada tratada y no tratada en el anciano: metaanálisis de los ensayos sobre resultados. Clin Investig Arterioscler. el 1 de enero de 2016;13(2):86–7.

7.3.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. Rondanelli I. R, Rondanelli S. R. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA EN EL ADULTO: EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO. Rev Med Clin Condes. el 1 de marzo de 2015;26(2):164–74.
2. Cruz Betancourt A, Martínez García E, Lara Delgado H, Vargas Ramirez L, Pérez Pérez A. Morbilidad y mortalidad en adultos mayores, relacionada con las crisis hipertensivas. Correo Científico Médico. diciembre de 2015;19(4):656–67.
3. Segarra E, Encalada LE, García JL. Manejo de la hipertensión arterial desde los servicios de atención primaria. 1. el 25 de diciembre de 2016;2(2):57–69.
4. Robles A, Lorena S. Percepción del paciente adulto mayor sobre la educación recibida en el programa de hipertensión y su implicancia en la adherencia al tratamiento en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren marzo a junio - 2017. Repositorio de Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado el 17 de mayo de 2019]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/7190>
5. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Camafort M, Abad-Cardiel M, Martín-Rioboo E, Morales-Olivas F, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertensión y Riesgo Vascular. el 1 de julio de 2018;35(3):119–29.

ANEXOS:



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 27/5/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado
Prevalencia y Factores de riesgo de Hipertensión Arterial Sistólica aislada en adultos mayores, en el área de consulta externa, del Hospital San Vicente de Paúl, mayo 2018 - enero 2019.

Trabajo de titulación realizado por Tito Walter Bernal Calle

Código: Be70PreME30



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 28 de mayo del 2019.

Señor Doctor
José Alfredo Aquim Andrade
DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante de la Carrera de Medicina TITO WALTER BERNAL CALLE con CI: 0704997170, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA AISLADA EN ADULTOS MAYORES EN ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, MAYO 2018 – ENERO 2019". La Investigación será dirigida por la Dra. Lizette Espinosa Martín, especialista en Medicina Interna, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



[Handwritten Signature]
Dra. Karla Aspiazú H.
Responsable del Criterio de Investigación
Facultad de Medicina

UCACUE

C27 DD07D01 CHILLA-EL GUABO-PASAJE - SALUD
Ministerio de Salud Pública HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAUL"
SECRETARIA GENERAL
FECHA: 2019-05-29 HORA: 17:04
ANEXOS RESPONSABLE

[Handwritten Signature]

Manual Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



Hospital San Vicente de Paúl
Dirección

Oficio Nro. MSP-CZ7-HB-SVP-2019-0013-O

Pasaje, 29 de mayo de 2019

Asunto: Autorización de solicitud para trabajo investigativo para proyecto de tesis

Doctora
Karla Aspiazu
Responsable del Criterio de Investigación-facultad de Medicina Ucaecu
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ7-HB-SVP-2019-0050-E, que en referencia a oficio s/n con fecha de recepción 29 de mayo del 2019, mediante la cual solicitan autorización para que el estudiante Tito Walter Bernal Calle, realice su investigación de tesis en esta casa de salud, esta dirección **AUTORIZA** su solicitud de investigación con el tema **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA AISLADA EN ADULTOS MAYORES**

Sin ningún otro particular.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Dr. Jose Alfredo Aquim Andrade
DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL



Referencias:
- MSP-CZ7-HB-SVP-2019-0050-E

Anexos:
- solicitud_universidad_de_cuenca_tesis_int_walter_bernal199.pdf



**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSION ARTERIAL
SISTOLICA AISLADA EN ADULTOS MAYORES, EN EL AREA DE CONSULTA
EXTERNA, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, MAYO 2018 - ENERO
2019**

N° HCL:

EDAD: ()

SEXO: HOMBRE () MUJER ()

REISIDENCIA: URBANA () RURAL ()

PESO (kg): _____

TALLA (cm): _____

IMC (peso /talla²): _____

1. Bajo Peso: < 18,5 _____
2. Peso Normal: 18,5 – 24,9 _____
3. Sobrepeso: 25 – 29,9 _____
4. Obesidad Grado I: 30 – 34,5 _____
5. Obesidad Grado II: 35 – 39,9 _____
6. Obesidad Grado III: >40 _____

Presión arterial sistólica: _____

Presión arterial diastólica: _____

1. Grado 1. Presión sistólica 140 – 159, presión diastólica menor a 90__.
2. Grado 2. Presión sistólica 160– 179, presión diastólica menor a 90__.
3. Grado 3. Presión mayor a 180, presión diastólica menor a 90__.

Factores de riesgo:

1. Diabetes __
2. Dislipidemia __
3. Otras __

Tratamiento farmacológico:

1. 1 Fármaco_____
2. 2 Fármacos_____
3. 3 Fármacos_____
4. Sin Tratamiento Farmacológico_____

AISLADA SISTOLICA

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	T. Gijón-Conde, M. Gorostidi, M. Camafort, M. Abad-Cardiel et al. "Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial", Hipertensión y Riesgo Vascular, 2018 Publicación	3%
2	www.redalyc.org Fuente de Internet	3%
3	www.medigraphic.com Fuente de Internet	3%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 150 words

Excluir bibliografía

Activo



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. WILFREDO CÁRDENAS H.
DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Prevalencia y Factores de Riesgo de Hipertensión Arterial Sistólica Aislada en Adultos Mayores en Consulta Externa, del Hospital San Vicente de Paul, Mayo 2018 - Enero 2019

Nombre del estudiante: Tito Walter Bernal Calle

Director

Título a obtener:

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓	✓		1 / 1
Redacción Científica	✓	✓		1 / 1
Pensamiento crítico	✓	✓		1 / 1
Marco teórico	✓	✓		1 / 1
Anexos		Cumple parcialmente		0 / 1
Total				4 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	
Tesis apta para publicación con modificaciones	
Tesis no apta para publicación	X

* Marcar con una x lo que corresponde

Observaciones y recomendaciones:

Tesis no apta para publicación en su estado actual, pero adecuada para Tesis de Pregrado.

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



WBC



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Dr. Luis Mario Chunchi A.
MÉDICO INTERNISTA
Reg. N° 0102581714

Firma y Sello de responsable

J. D. Bernal

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. FERRER GARDENAS H.
COORDINADOR DE CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR - CARRERA DE MEDICINA - UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Prevalencia y factores de riesgo de Hipertensión Arterial Sistólica Aislada en Adultos Mayores en Consulta Externa, del Hospital San Vicente de Paul, Mayo 2014

Nombre del estudiante: Tito Walter Bernal Calle

Director:

Título a obtener:

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			1 / 1
Redacción Científica		/		0.5 / 1
Pensamiento crítico	/			1 / 1
Marco teórico		/		0.5 / 1
Anexos				1 / 1
Total				4 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	
Tesis apta para publicación con modificaciones	/
Tesis no apta para publicación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

MEJORAR REDACCION CIENTIFICA Y MARCO TEORICO

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 - 4123175
www.ucacue.edu.ec

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



[Handwritten signature]



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN



Firma y sello de responsable

Walter Bernal

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema: Prevalencia y factores de riesgo de Hipertensión Arterial sistólica Aislada en Adultos Mayores en Consultorio Externo, Del Hospital San Vicente de Paul, Mayo 2018 – Enero 2019

Nombre del estudiante: Tito Walter Bernal Calle

Nombre del responsable de la calificación

Director: Dra. Lizette Espinosa

Asesor: Dra. Raquel Viquez

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Redacción Científica	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Pensamiento crítico	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Marco teórico	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Anexos	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	

* Marcar con una x lo que corresponda


CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:



Firma y sello del Director o Representante de Dirección de la Carrera de Medicina



Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

CENTRO DE IDIOMAS

Cuenca, 25 de julio del 2019

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY FE Y SUSCRIBO



Dr. Wladimir Quinche Orellana
SECRETARIO



35/R

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. ☎ Telf: 2620751, 2624365, 2626563 Azuay: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).
☎ Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. ☎ Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria
km.72 Quimcoava Este y Primera Sur ☎ Telf: 2424210 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n ☎ Telf: 2700392, 2700392

www.ucacue.edu.ec

ANEXO CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6
Presentación del tema de Investigación	X					
Elaboración del protocolo de investigación.	X					
Presentación y aprobación del protocolo de investigación	X	X				
Recolección de los datos			X	X		
Análisis e interpretación de los datos					X	
Elaboración del borrador del informe de investigación.					X	
Revisión por parte del tutor del trabajo						X
Certificación de similitud						X
Entrega del informe final.						X

**ANEXO
PRESUPUESTO**

Rubro	Descripción	Costo unitario	Costo total
Flash Memory	Guardar información	\$8,8	\$10,00
Transporte	Llevar a cabo el trabajo de campo	\$13,2	\$15,00
Internet	Para realizar las investigaciones	\$ 26,4	\$30,00
Energía Eléctrica	Se necesita energía para el funcionamiento de la computadora e internet	\$ 13,2	\$15,00
Copias	Recopilación de información bibliográfica	\$7,04	\$8,00
Impresiones y empastado	Presentación del trabajo final	\$132	\$150,00
Gastos imprevistos	Situaciones no previstas durante el desarrollo de la investigación		\$40,00
TOTAL			\$ 268