



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTRO AMERICANA
(UNITEC)**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

**Abordaje de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor (60+), en
Hospital Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira
Enero 2020 a octubre 2020**

**TESIS PRESENTADA POR: KARLA DIANETH DONAIRE
GUERRERO**

Como requisito parcial para optar por el título de Medicina y Cirugía

Asesores:

Dr. Juan Pablo Bulnes

Dr. Manuel Sierra

Gracias, Lempira febrero de 2021

INDICE

DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTO	2
DERECHO DE AUTOR.....	3
AUTORIZACION DEL CRAI	4
Resumen	6
Abstract	7
Palabras Clave:.....	8
Siglas	8
Capitulo I. Planteamiento de la investigación	9
1.1 Introducción.....	9
1.2 Antecedentes del problema.....	10
1.3 Definición del problema.....	11
1.4 Objetivos del proyecto	13
Capitulo II. Marco Teórico.....	15
2.1 Hipertensión Arterial.....	15
2.2 Clasificación de Hipertensión Arterial	17
2.3 Hipertensión Arterial Factor De Riesgo Cardiovascular	22
Capitulo III. Metodología	31
3.1 Tipo de estudio	31
3.2 Duración del estudio	32
3.3 Lugar del estudio.....	32
3.4 Población y muestra.....	33
3.5 Instrumento: Recolección y registro de la información.....	33
3.5.1 Toma de medidas antropométricas	34
3.5.2 Presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD)	35

3.6 Procesamiento y Digitalización de datos.....	36
3.6.1 Frecuencia cardíaca y ritmo	36
3.6.2 Pulso.....	36
3.6.3 Análisis Estadístico	36
3.6.4 Estadio clínico de hipertensión arterial	36
3.7 Aspectos éticos	37
3.8 Presupuesto	38
Tabla 5. Presupuesto.....	38
Tabla 6. Cronograma de actividades	39
Capitulo IV: ANALISIS Y RESULTADOS	40
4.1 Resultados.....	40
4.1.1 Datos Sociodemográficos	40
4.1.2 Antecedentes Personales No Patológicos	41
4.1.3 Antecedentes personales Patológicos.....	42
4.1.4 Hospitalizaciones.....	44
4.1.5 Uso de Medicamentos	45
4.1.6 Examen Físico.....	46
4.2 Análisis	49
4.2.1 Características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas	49
4.2.2 Factores de Riesgo Cardiovasculares.....	51
4.2.3 Brecha de Tratamiento.....	53
4.2.4 Determinar situación nutricional del adulto mayor.	54
Capítulo V. Conclusiones.....	56
Recomendaciones.....	58
Bibliografía.....	60
Anexos:	65

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo el amor primeramente a Dios todopoderoso por haberme dado la oportunidad de estudiar mi sueño. También a mi padre Carlos Adolfo Donaire (QDDG) solo le puedo decir ¡lo logramos! a mi madre por cada oración y ayuda que me brindo en estos años, a mis dos hermanas por apoyarme y siempre impulsarme a cumplir mis sueños. A la familia Salgado Reyes por ser un pilar fundamental en nuestra vida. Quiero agradecer a la entidad que me dio parte de mi beca y a la universidad porque fueron de mucha ayuda, agradezco a mis catedráticos por darme la oportunidad de aprender de ellos y a los doctores que confiaron y siempre estuvieron dispuestos a enseñarnos más. Y a cada familiar y amigo que hizo posible estar aquí.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, doy gracias a Dios por permitirme vivir una de las mejores experiencias dentro de la universidad, por formarme y guiarme a ser un profesional en lo que tanto me apasiona. Gracias al equipo de doctores que desde el primer año hasta el último me han instruido de su conocimiento.

Agradezco al Hospital Juan Manuel Gálvez por brindarme la oportunidad de realizar mi práctica, a su equipo de médicos, enfermeras y personal que laboran en tan reconocida institución. A la corporación Municipal de Gracias, Lempiras por tan acogedor bienvenida y estadía en su territorio.

A mis compañeros por todo este tiempo entre risas y lágrimas que hemos compartido y a todos los pacientes que confiaron.

DERECHO DE AUTOR

© Copyright 2020

KARLA DIANETH DONAIRE GUERRERO

Todos los derechos son reservados.

Resumen

En la presente investigación podremos determinar que otras enfermedades están relacionadas como ser cardiovasculares, que se le atribuye en la actualidad la mayor morbimortalidad a nivel Mundial y que otros factores nos influyen.

Se realizó un estudio de investigación como objetivo que es determinar la prevalencia de la hipertensión arterial en adultos mayores a 60 años en el departamento de Lempira (Juan Manuel Gálvez en la ciudad de Gracias).

Como objetivo de estudio es brindar el conocimiento de la situación de la salud en el adulto mayor en Honduras departamento de Lempira.

El siguiente estudio es de tipo descriptivo-transversal y consta de 2 fases:

- Fase I: Caracterización de la HTA: Descriptivo-Serie de casos
- Fase II: Prevalencia de HTA y factores asociados: Transversal de prevalencia.

En el estudio realizado con una muestra de 60 encuestas podemos determinar lo siguiente:

Se identificó que en el departamento de Lempira la hipertensión arterial está estrechamente relacionadas con la obesidad con 35% y la Diabetes Mellitus con un 31.66% de las cuales son dos de las principales patologías asociadas a riesgo cardiovascular.

Se logró determinar que dicha patología afecta mayormente a las mujeres que a los hombres como otros estudios que han realizado anteriormente donde se estimada que eran más afectados el género masculino, pero es una diferencia de 68% femenino y 32% masculino.

Abstract

In this research, we will be able to determine that other diseases are associated, such as cardiovascular diseases, which is currently attributed the highest morbimortality worldwide and that other factors influence us.

The objective of the study is to provide knowledge of the health situation of the elderly in Honduras, Department of Lempira.

An objective research study was realized, which is to determine the prevalence of arterial hypertension in adults over 60 years of age in the department of Lempira (Juan Manuel Gálvez in the city of Gracias).

The following study is a descriptive-cross-sectional type and consists of 2 phases:

- Phase I: Characterization of the HT: Descriptive-Case Series.
- Phase II: Prevalence of HT and associated factors: Prevalence cross-sectional.

In the study conducted with a sample of 60 surveys, we can determine the following:

It was identified that in the department of Lempira high blood pressure is closely related to obesity with 35% and diabetes mellitus with 31.66% of which are two of the main pathologies associated with cardiovascular risk.

It was possible to determine that this pathology affects mostly women than men, as other studies that have been carried out previously where it was estimated that the male gender was more affected, but it is a difference of 68% female and 32% male.

Palabras Clave:

- Hipertensión arterial.
- Obesidad.
- Riesgo cardiovascular.
- Adulto mayor.
- Diabetes mellitus.
- Sedentarismo.
- Morbimortalidad.
- Presión arterial Diastólica.
- Presión arterial Sistólica.

Siglas

- ENCT: Enfermedades Crónica no Transmisibles
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización panamericana de la salud
- DM: Diabetes Mellitus
- HTA: Hipertensión Arterial
- HCT: Hidroclorotiazida
- PAS: presión arterial sistólica
- PAD: presión arterial diastólica

Capítulo I. Planteamiento de la investigación

1.1 Introducción

La presente investigación tiene como objeto analizar el problema de la hipertensión arterial, la enfermedad crónica y frecuente en el mundo que contribuye a una tasa de mortalidad más elevada, el estudio se realizó en el departamento de Lempira en el Hospital Juan Manuel Gálvez,

La investigación está distribuida en cuatro fases que son:

- A) Planteamiento del problema: donde definiremos el problema los antecedentes y los objetivos de la investigación.
- B) Marco teórico: la clasificación y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial.
- C) Metodología: desarrollaremos mediante encuesta y a través del uso de aplicaciones (epi-info) la realización de gráficas y encuestas.
- D) Análisis y resultado: concluimos cual es el género socio económico y demográfico que más afecta, como los antecedes patológicos y no patológicos.

Concluimos con las recomendaciones y conclusiones que se han desarrollado a lo largo de la investigación para poder brindar mayor conocimiento de dicho tema, primeramente, cambiando la visualización de dicha enfermedad.

La determinación de la prevalencia de ECNT y sus factores de riesgo comprende la primera etapa en el control y prevención de estas

enfermedades, lo que es de especial importancia en personas con mayor riesgo porque a mayor probabilidad de enfermar son mayores los beneficios de la intervención. Esto orientaría las acciones terapéuticas y preventivas hacia las personas que más se beneficien de ellas y evitaría intervenciones innecesarias en personas de bajo riesgo. ¹

1.2 Antecedentes del problema

Según la Organización Mundial de la Salud, la hipertensión arterial afecta a más de 1.13 billones de personas en el mundo afectando el 40% de los adultos mayores de 25 años y es el principal factor de riesgo global para discapacidad y mortalidad. ²

La hipertensión arterial en el adulto mayor representa un problema creciente de salud pública, en primer lugar, debido a que la expectativa de vida se incrementa en países desarrollados y, constituyendo el grupo poblacional con el mayor crecimiento proporcional.³ Lo que sumado al progresivo envejecimiento de la población mundial provocan elevados costos económicos y sociales a los sistemas sanitarios.

La presentación de las enfermedades crónicas en los ancianos es cada vez mayor y la hipertensión arterial es una verdadera epidemia a nivel mundial ya que la prevalencia a nivel global es de un 20-30%, sin duda afectando a aproximadamente unos diez millones de personas adultas mayores. ⁴

Hemos visto un mal abordaje en el sistema de salud no solamente nacional, sino que a nivel global el momento de tratar las enfermedades crónicas no transmisibles. Según algunos estudios realizados encontraron que las enfermedades crónicas más comunes son (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, osteoartritis, artritis reumatoide, enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares).

1.3 Definición del problema

Se decide desarrollar esta investigación para caracterizar la prevalencia e incidencia de la hipertensión arterial en una determinada población en este caso el Adulto mayor y que otros factores tienen relación como ser cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Obesidad, alcoholismo, enfermedades renales, cerebros vasculares, insuficiencia cardiaca, infarto miocardio, tabaquismo.

A nivel mundial, la HTA afecta el 40% de los adultos mayores de 25 años y es el principal factor de riesgo la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos brinda una estadística acerca la hipertensión arterial que afecta a más de 1.13 billones de personas en el mundo. En Honduras, la prevalencia en hombres y mujeres mayores de 18 años es de 22.6% y 20.2%, respectivamente OMS,2015. En Honduras se han diagnosticado 724.033 nuevos casos de Hipertensión en la población mayor o igual a 15 años,

durante el periodo del año 2010 hasta el primer trimestre del 2014. ⁵

Por lo que se plantean las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas del Adulto Mayor con HTA atendido en las unidades de salud del país?
2. ¿Cuál es la prevalencia de HTA, factores asociados y la brecha de tratamiento en el Adulto Mayor que vive en las zonas de influencia de las unidades de salud asignadas a los MSS de la FCS-UNITEC?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovasculares identificados en la población estudiada?

1.4 Objetivos del proyecto

- **Objetivo General**

Analizar la situación de salud cardiovascular en el abordaje de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor (60+), en el Hospital Juan Manuel Gálvez, con el fin de influir en políticas públicas que beneficien a esta población.

- **Objetivos específicos**

1. Determinar las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológica del Adulto Mayor con HTA atendido en las unidades de salud del país en el periodo de enero a octubre 2020.
2. Identificar la prevalencia de HTA y los factores de riesgo cardiovascular en la población del departamento de Lempira.
3. Identificar la brecha de tratamiento de la HTA en el Adulto Mayor.
4. Determinar la situación nutricional del Adulto Mayor y de qué manera se podría brindar solución.
5. Proponer recomendaciones para mejorar la respuesta del sector salud hacia el adulto mayor, particularmente aquellos con HTA atendidos en el hospital Juan Manuel Gálvez.

1.5 Justificación

El objeto de investigación es: a) la prevalencia de la HTA y la importancia en nuestro rubro. B) determinar las causas modificables de los hábitos en personas con HTA y cómo prevenirlas. La hipertensión arterial es reconocida por ser una enfermedad crónica, siendo así una de las principales causas de muertes. A partir de los 60-65 años, la hipertensión arterial es más frecuente ya que se presenta en el 60% de esta población y afecta a ambos sexos. No es una enfermedad inocua ya que, luego de varios años sin tratamiento, puede producir importantes complicaciones que, a su vez, son las causantes de diversas enfermedades, muchas de ellas invalidantes e incluso fatales. En el 30% de los pacientes, ya sea por tratarse de hipertensión más severa, intolerancia a la medicación, u otras causas, no se puede alcanzar una presión arterial normal. En estos casos, cabe recordar que toda reducción de la presión arterial brinda beneficios y que cuanto más cerca de la normalidad se esté, mayor será el mismo. En el 2011, América Latina y el Caribe encontraron que la hipertensión arterial, es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebro vasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en las personas adultas mayores. Sin embargo, la hipertensión no debe considerarse una consecuencia normal del envejecimiento. ⁶

Capítulo II. Marco Teórico

2.1 Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica producida por diversos factores, dentro de los que destacan los genéticos, la ingesta excesiva de sodio, la edad avanzada, el tabaquismo, la inactividad física y las enfermedades crónicas como la obesidad, las dislipidemia y la diabetes.⁷ Es considerada como una enfermedad silenciosa ya que mucha población que lo padece no se da cuenta de tener dicha patología.

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovasculares modificables más importantes en el adulto mayor ya que es un problema de salud pública por su alta morbilidad y mortalidad, especialmente en países desarrollados, aunque en los últimos años se ha visto que se ha incrementado notablemente en países en desarrollo por diferentes motivos.⁸ Aunque la causa de la HTA es idiopática en un 80-95% de los casos.⁹

La hipertensión arterial normal se define según la Joint National Committee (JNC8) como " <120 / <80 mm Hg; presión arterial elevada 120-129 / <80 mm Hg; el estadio 1 de hipertensión es 130-139 o 80-89 mm Hg, y el estadio 2 de hipertensión es ≥ 140 o ≥ 90 mm Hg. (3) En la relación a Harrison 19ed. Que define hipertensión arterial con valores de "PAS > 140 mmhg; PAD > 90 mmhg"⁹. Es por esta razón que podríamos ver un aumento de casos ya que el rango para realizar el diagnóstico disminuyó considerablemente según la última actualización.

La categoría de presión arterial la podemos definir según las cifras de PA medida en consulta con el paciente sentado y el valor más alto de PA, ya sea sistólica o diastólica, dicha clasificación la podemos aplicar a partir de la edad de 16 años. Ver tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de la PA medida en consulta y definición de los grados de HTA.

Clasificación de la PA medida en consulta^a y definición de los grados de HTA^b

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada ^b	≥ 140	y	< 90

©ESC/ESH 2018

Fuente: ESH, E. (2019). Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Española De Cardiología*, 7. Retrieved 3 February 2021, from <http://file:///C:/Users/Guerrero/Downloads/S0300893218306791.pdf>.

El diagnóstico correcto de esta patología se basa en seguir determinados pasos y utilizar equipos certificados y calibrados. En la actualidad, se recomienda complementar estas mediciones con mediciones de la presión arterial fuera de la consulta, ya sea monitoreo ambulatorio o autocontroles domiciliarios para confirmar el diagnóstico y descartar la presencia de hipertensión arterial de delantal blanco. [10](#).

Además, se debe tener en cuenta la importancia del reposo previa toma de la presión y el hecho de permanecer en silencio por parte tanto del paciente como del examinador durante se realice el procedimiento. Un reciente estudio efectuado en Estados Unidos sugiere que solo 1 de cada 159 estudiantes de medicina realizó correctamente las 11 etapas en un desafío de medición de la PA con pacientes simulados, y el número promedio de etapas realizadas adecuadamente fue alarmantemente bajo. El desafío se basó en las recomendaciones actuales de la Asociación Americana del Corazón, en inglés American Heart Association (AHA), para la medición de la PA. ¹⁰

2.2 Clasificación de Hipertensión Arterial

- HTA de bata blanca: se presenta cuando el paciente al estar frente con el medico tiene elevaciones de la PA y se encuentra normal cuando es medida por personal no médico como ser (familiares, vecinos, etc.).
- HTA maligna. Es la forma más grave de HTA; ya que se presenta con cifras tensionales elevadas y está relacionada con necrosis arterial renal.
- HTA enmascarada. Es cuando la PA se presenta normal en la consulta y alta fuera del ambiente sanitario. ¹¹
- Hipertensión Sistólica Aislada: esta patología es más frecuente en adultos mayores (PAS: >140; PAD< 90 mmhg), siendo la principal causa la menor distensibilidad vascular, asociándose además la aterosclerosis. ¹² El mecanismo por el cual se da este fenómeno es

por la rigidez de las arterias de conducción especialmente la aorta. Explicándose esto por la pérdida de la elastina y por el incremento de fibras de colágeno rígidas además de la calcificación consecuencia del aterosclerosis.

- Hipertensión nocturna: se presenta elevaciones de presión arterial únicamente en horarios nocturnos principalmente.
- Se ha observado que en esta población aumenta la PAS y disminuye la PAD, provocando concomitantemente un aumento de la presión de pulso el cual es un predictor muy importante de enfermedades cardiovasculares. [13](#)

Es de mucha importancia tener en cuenta cada una de las clasificaciones, ya que esto nos dará una dirección para determinar qué tipo de mediciones podremos utilizar para dar un diagnóstico más certero y mejor pronóstico para el paciente. Las mediciones de la presión arterial podemos realizarlas de tres maneras distintas: PA de consulta, MAPA, Auto medición Domiciliaria.

A continuación, describiremos las ventajas y desventajas de cada una de ellas: La PA de consulta es la metodología utilizada tradicionalmente para diagnóstico y seguimiento. Generalmente se realiza por el personal de salud.

Entre las desventajas de este método se encuentran:

- Que, a mayor número de mediciones sucesivas, disminuye el valor de la PA, este fenómeno se conoce como regresión a la media.
- Ya que únicamente se realiza en la consulta no se puede detectar la

variabilidad de la PA durante distintas actividades y se ha encontrado variabilidad de la presión sistólica durante actividades que se realizan a diario. ver Tabla 2

- No permite la detección de la HTA de bata blanca, la HTA enmascarada y la PA nocturna.
- Requiere mayor tiempo para el diagnóstico ya que se cita en varias ocasiones al paciente para numerosas mediciones de la presión.

Tabla 2. Cambios de la presión arterial según actividad

Actividad	PA Sistólica	PA Diastólica
Asistiendo a reunión	+ 20.2mmHg	+ 15.0mmHg
Trabajando	+ 16.0mmHg	+ 13.0mmHg
Reunidos con amigos	+ 14.0mmHg	+ 9.0mmHg
Caminando	+ 12.0mmHg	+ 5.5mmHg
Hablando por teléfono	+ 10.7mmHg	+ 6.7mmHg
Comiendo	+ 8.8mmHg	+ 9.6mmHg
Hablando	+ 6.7mmHg	+ 6.7mmHg
Trabajo de Escritorio	+ 5.9mmHg	+ 5.3mmHg
Leyendo	+ 1.9mmHg	+ 2.2mmHg
Durmiendo	- 10.0mmHg	- 7.6mmHg

Fuente: Rodrigo Tagle. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL HYPERTENSION DIAGNOSIS. Revista Médica Clínica Las Condes. 2018 febrero; 29. p. 18.

El método MAPA (medición ambulatoria de la Presión arterial): según las guías canadienses recomiendan los aparatos completamente automáticos de medición. Dentro de sus principales ventajas son: permite tomas más precisas, evita conversación durante la medición, al igual disminuye el efecto de la HTA de la bata blanca y la HTA enmascarada, acorta el tiempo de diagnóstico. Así también se presentan desventajas que pueden ser los costos y la tolerancia por el paciente, este método ha sido aceptado como método diagnóstico principalmente en la sociedad británica.

La MAPA basado en diferentes guías como de la Sociedad Británica de HTA y Sociedad Chilena de HTA está recomendada en las siguientes situaciones:

- a) Exclusión de HTA de delantal blanco en pacientes con HTA de consulta sin daño de órgano blanco.
- b) Diagnóstico de HTA episódica.
- c) Decisión de tratamiento en pacientes ancianos frágiles.
- d) Identificación de HTA nocturna.
- e) Determinación de aparente resistencia a la terapia farmacológica.
- f) Asegurar eficacia de tratamiento durante las 24 horas.
- g) Manejo de la HTA durante el embarazo.
- h) Evaluación de hipotensión e HTA episódica.

Distintos estudios han confirmado el papel predictor de la HTA nocturna para eventos cardiovasculares y como inductor de daño de órgano blanco: cardiaco, renal y vascular. A pesar de los estudios no se ha encontrado una estrategia terapéutica.

La auto medición domiciliaria esta es realizada por familiares o el paciente, este método ofrece información parecida al MAPA exceptuando la medición nocturna.

Dentro de sus ventajas se encuentran:

- Se puede realizar un mejor diagnóstico y diferenciar en relación a la HTA permanente y la HTA delantal blanco.
- Permite obtener un mejor conocimiento en relación a la respuesta del tratamiento antihipertensivo.
- Según metanálisis, disminuye el número de medicamentos y mejora el control de la HTA.
- Permite una mayor adherencia farmacológica del paciente.

La posición corporal, cuidados y pasos que se deben seguir son los mismos que la técnica de medición de la PA en la consulta. Dentro de las desventajas podemos encontrar algún grado de inexactitud, tendencia al redondeo de los valores y registrar los valores de PA más bajos. Esto se puede evitar en el caso que se utilice aparatos electrónicos o de memoria.

En nuestro entorno continúa siendo utilizada la medición de la PA en la consulta ya que no se cuenta con equipo suficiente para cada paciente que se presenta con síntomas o que accidentalmente se encuentra una cifra elevada, razón por la que se deja citado a la unidad de salud para la medición.

2.3 Hipertensión Arterial Factor De Riesgo Cardiovascular

Un reporte de la American Heart Association establece que la HTA es el principal factor de riesgo poblacional porcentual para las enfermedades cardiovasculares, con un 157 (40,6%), seguido por el consumo de tabaco (13,7%), la alimentación poco saludable (13,2%), la inactividad física (11,9%) y niveles de glicemia anormales (8,8%). ¹⁴

La HTA es considerada uno de los tres factores de riesgo más relevantes de patología cardiovascular (como el infarto agudo al miocardio) y cerebrovascular (accidente cerebrovascular). Se estima que un 40 – 50% de los pacientes desconocen que son Hipertensos, lo que dificulta su tratamiento precoz. ¹⁴

Entre los principales factores de riesgo cardiovascular se ha encontrado que un índice de masa corporal elevado, el hábito de consumir tabaco o alcohol, así como la edad y el sexo de los pacientes son factores de mucha importancia en el desarrollo de la HTA. La prevalencia de la HTA incrementa conforme avanza la edad. Más de la mitad de las personas entre 60 y 69 años, y aproximadamente tres cuartos de los mayores de 70 años están afectados.

Según, meta análisis internacionales que avalan las guías clínicas de HTA concuerdan en su alta carga de enfermedad. Comparado con la población normotensa, el hipertenso tiene en promedio: 10 veces más probabilidad de presentar un Accidente Cerebro vascular, 5 veces más riesgo de presentar

Cardiopatía Isquémica, 2-4 veces más riesgo de Insuficiencia Cardíaca congestiva y 1,7 veces más riesgo de sufrir de Insuficiencia Renal Crónica.

[14](#)

Está demostrado que el aumento de 20 mmHg en la Presión Sistólica y de 10 mmHg en la Presión Diastólica por sobre valores de 115/75 mmHg aumenta al doble el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, independiente de otros factores de riesgo de ECV, para ambos sexos. Esto enfatiza que la reducción discreta de las cifras de presión arterial redundará en una disminución significativa del riesgo de eventos cardiovascular y cerebrovasculares.

La Hipertensión Arterial ha sido conocida como un enemigo silencioso ya que generalmente se presenta de forma asintomática, y cuando viene a presentar síntomas (cefalea intensa, visión borrosa, tinnitus, epigastralgia, dolor torácico, dificultad respiratoria) las cifras tensionales se encuentran muy elevadas o ya se están presentando complicaciones de la enfermedad: Insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, IAM, ECV y retinopatía. [15](#)

Según estadísticas brindadas por estudios estadounidenses, se observó que un 69% de los pacientes con IAM tenían hipertensión arterial, en el 77% de los pacientes con ACV y en el 74% en los que desarrollan insuficiencia cardíaca. También es de los principales factores de riesgo para el desarrollo de insuficiencia renal, fibrilación auricular y diabetes mellitus. [16](#)

El hecho de tratarse de una enfermedad asintomática dificulta su diagnóstico, pues la población no acostumbra a visitar al médico solo para revisión

sistémica anual, si no que generalmente acuden cuando presentan alguna sintomatología.

Entre otros factores de riesgo se encuentran los nutricionales, como ser sobre peso Según el estudio de Coneza Gonzáles et al [17](#) llamado: “Estado nutricional y factores de riesgo vascular en pacientes ingresados en el centro de Atención al Diabético de la Habana”, se observó que el 74.5% de los pacientes con DM2 tienen sobrepeso y obesidad, mientras que el 66.4% de los pacientes con DM1 eran normopesos y solo el 37.7% presentaban sobrepeso u obesidad. Concluyendo en dicho estudio que la Obesidad se encuentra altamente relacionado con la DM2, considerándose que la Obesidad puede ser un estado precursor de DM2.

EL IMC es utilizado para determinar datos como sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida, a pesar de sus limitaciones para determinar el porcentaje de grasa y de masa muscular, sobre todo en personas que practican deportes y en personas de edad avanzada; por lo que se recomiendan otras medidas como determinar el perímetro de cintura, perímetro de cadera, perímetro braquial y de tobillo y sus respectivas relaciones, importantes para determinar la obesidad y ser predictores de enfermedades cardiovasculares.

[18](#)

Durante el envejecimiento hay cambios hormonales y metabólicos significativos incrementando el riesgo de síndrome metabólico, condicionando al paciente un estado aterotrombótico y proinflamatorio acelerando el riesgo cardiovascular.

En América Latina los problemas nutricionales asociados al adulto mayor nos brindan información sobre una transición nutricional, donde se observan cifras elevadas de malnutrición por exceso, traduciéndose en un aumento de ECNT generalmente propias de sociedades modernas, pero observadas también en comunidades de bajos recursos.

Envejecer con éxito, obedece a factores relacionados con estilos de vida saludables, incluyéndose la restricción calórica y hábitos alimentarios adecuados. De esta manera, el estado nutricional nos brinda una idea de las condiciones de vida y grado de desarrollo económico y social de una población.

Se ha demostrado que el ejercicio físico hace que el adulto mayor sea más funcional hasta el final de la vida. La población mayor de los 50 años que practica actividad física en forma regular vive de uno a tres años más sin presencia de enfermedades cardiovasculares en comparación con adultos inactivos. [19](#)

Según el estudio de Alarcón et al [20](#) llamado: “Estado nutricional, niveles de actividad física y factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad Santo Tomas” encontraron que el Colesterol total se observó levemente aumentado, concluyéndose que las personas que realizan actividad física mejoran sus niveles de Colesterol HDL y disminuyen los niveles de Colesterol LDL.

Mediante diversos estudios se ha revelado que los adultos mayores tienen un déficit en consumo tanto de frutas y verduras, como de leche y derivados lácteos. También se han señalado disminución en la ingesta de alimentos

ricos en ácido fólico, vitamina D, calcio y vitamina B12, cosa que podría lograrse con una dieta balanceada y con educación nutricional adecuada. ²¹

El índice de masa corporal (IMC) es usado para valorar el estado nutricional de acuerdo con el peso en relación con la talla en adultos. Ver tabla 3.

Tabla 3 Interpretación de IMC en adulto >60 años

IMC	INTERPRETACION
<16.0	Desnutrición severa
16.0-16.9	Desnutrición moderada
17.0-18.4	Desnutrición leve
18.5-21.9	Peso insuficiente
22.0-26.9	Peso normal
27.0-29.9	Sobrepeso
30.0-34.9	Obesidad grado I
35-39.9	Obesidad grado II
40.0/40.9	Obesidad grado III
>= 50	Obesidad grado IV (Extrema)

Fuente: MEPJA L. Manual de formulas y tablas para la intervencion nutriologica. In Obregon A, editor. Vigilancia de la nutricion: adulto mayor. Mexico: McGrawHill; 2012. p. 393-404.

Por diversos motivos: cambios fisiológicos, patológicos, incluyéndose la desmineralización ósea propia del adulto mayor, el incremento de fracturas, problemas en columna vertebral (compresión de discos intervertebrales,

cifosis dorsal, escoliosis) aplanamiento del arco plantar, entre otros, inducen a una disminución de la medida de la talla en los AM60+, interpretándose erróneamente los datos del IMC y discrepando en los rangos de desnutrición y sobrepeso en dicha población de interés. ²²

Según la organización mundial de la salud en estudios anteriores estableció valores de índice de masa muscular para adultos mayores. Ver tabla 4. En relación con la tabla anterior se pueden observar que la tabla detalla otros rangos de manera específica. IMC: KG/M² ²³

Tabla 4. Interpretación de IMC en adulto. mayor

IMC	Descripción
<16	Desnutrición severa
16.1 – 18.4	Desnutrición moderada
18.5 – 22	Bajo peso
22.1 – 24.9	Peso normal
25 – 29.9	Sobrepeso
30 – 34.9	Obesidad tipo I
35 – 39.9	Obesidad tipo II
>40	Obesidad tipo III

Fuente: World Health Organization. Programme of Nutrition, Family and reproductive health. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Ginebra, 3-5 junio, 1997. Ginebra: WHO; 1998

Un estudio publicado en la Revista Latinoamericana de Hipertensión por Lares et al ²³ llamado: “Evaluación del estado nutricional en la detección de factores de riesgo cardiovascular en una población adulta” reportó que el 60% de los sujetos de estudio se ubicaban en las categorías de sobrepeso y obesidad, con mayor tendencia a la obesidad en un 42%.

Los malos hábitos alimentarios, el sedentarismo, la obesidad, el consumo nocivo de alcohol, el estrés personal y laboral se postulan como fuertes candidatos para aumentar la prevalencia de la Hipertensión. ²⁴

Dentro de los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta patología se encuentran: la obesidad y el sedentarismo. Un 5 a 10% de los casos existe una etiología, denominándose a este tipo de Hipertensión: hipertensión Arterial secundaria, la cual generalmente solo es parte de otra enfermedad más grave como ser: coartación aortica, feocromocitoma, hiperaldosteronismo o ser consecuencia del efecto secundario de un medicamento.

Muchos de los factores de riesgo para padecer HTA están relacionadas a conductas modificables entre ellos: el consumo de alimentos que contienen exceso de sodio y de grasas saturadas, la ingesta insuficiente de frutas y verduras, el alto consumo de bebidas alcohólicas, el sedentarismo, la falta de ejercicio físico y el estrés. ²⁵

El objetivo primordial del tratamiento antihipertensivo es disminuir enfáticamente la morbimortalidad cardiovascular. Esto se logra mediante la normalización de la presión arterial y el control de otros factores de riesgo

cardiovasculares, sin provocar otras enfermedades físicas, psíquicas o sociales. [26](#)

En sujetos con hipertensión estadio 2 y riesgo de padecer un evento cardiovascular a 10 años mayor de 10%, es recomendable el uso de antihipertensivos. Si el paciente presentara factores de riesgo como hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus y sedentarismo, entonces es necesario corregirlos si se quiere disminuir significativamente el riesgo cardiovascular. [26](#)

Así, en pacientes con cifras tensionales de 130- 139/80-89 mmHg (HTA 1) la base es tratamiento no farmacológico, cambios en el estilo de vida, a excepción que presente factores de riesgo cardiovascular, en cuyo caso se deberá dar monoterapia acompañado de las modificaciones al estilo de vida. La terapia antihipertensiva en adultos mayores se ha observado que mejora la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo la morbimortalidad cardiovascular. [27](#)

En la modificación de los estilos de vida se indica, disminución de ingesta de sodio, dieta rica en frutas, verduras, ingesta de lácteos con bajo porcentaje de grasa, ejercitarse periódicamente y moderación del consumo de alcohol.

Para pacientes con HTA de grado 1, con riesgo cardiovascular bajo-moderado y que no presenta daño orgánico, se recomienda el tratamiento farmacológico antihipertensivo si el paciente sigue hipertenso tras un periodo considerable de cambios en el estilo de vida. [28](#)

En el manejo, los fármacos de primera elección son: los diuréticos, los IECA/ARAII, los bloqueadores de los canales de calcio y en algunas ocasiones los Beta-Bloqueadores.

Los diuréticos son los de elección en los pacientes de edad avanzada, siendo de mayor utilidad y con mayor preferencia los Tiazidas en relación con los de ASA por su efecto más prolongado.

Los IECA/ARAII pueden usarse solos o combinados con diuréticos, bloqueadores de los canales de calcio o beta bloqueadores. Los IECA/ARAII tienen el beneficio que se consideran como nefroprotectores y cardioprotectores ya que previenen el remodelamiento cardiaco.

Los Bloqueadores de los canales de calcio, en especial los no dihidropiridínicos (Verapamilo y el Diltiazem) pueden causar bradicardia y bloqueo AV, por lo cual debe evitarse su combinación.

Y por último los Betabloqueadores son de elección en pacientes jóvenes con circulación “Hipercinética”, iniciándose con las dosis más bajas e ir aumentando según tolerancia del paciente. Importante las contraindicaciones de dicho fármaco: broncoespasmo, insuficiencia cardiaca en fase aguda, bloqueo AV, bradicardia y diabetes.

Capítulo III. Metodología

3.1 Tipo de estudio

- Fase I: Caracterización de la HTA: Descriptivo-Serie de casos
- Fase II: Prevalencia de HTA y factores asociados: Transversal de prevalencia

Fase I: Caracterización epidemiológica, clínica y sociodemográfica de los AM 60+ con diagnóstico de HTA atendido en la unidad de salud en el periodo 2019-2020

Los MSS estuvieron a cargo de esta fase. Para la recolección de la información se construyó un cuestionario estructurado (Instrumento 1).

El único criterio para ser incluido en esta fase es ser AM 60+ y haber sido diagnosticado con HTA, y haber sido codificado correctamente en el sistema de información de cada unidad de salud. Cada expediente fue revisado para constatar si se cumplían los criterios de HTA, y si los cumplían, se procedía a llenar una ficha (Instrumento 1) por cada expediente.

Fase II: Prevalencia de HTA y factores asociado

Muestra para el estudio poblacional

En el año 2018, se estimaba que la población total de Honduras era de 8.88 millones, de los cuales alrededor de 586,000 son adultos mayores (7.4% de la población total). Basados en estos porcentajes, estimamos un total de alrededor de 1,000 adultos mayores viviendo en cada área de influencia de

los MSS. Utilizando una prevalencia calculada de HTA de 20% ($\pm 10\%$), y considerando un intervalo de confianza de 95% y un 80% de poder estadístico, estimamos una muestra mínima de 60 adultos de 60 años o más para este estudio por MSS.

De esta forma, con una cohorte de 24 MSS, se obtendrán unas 1400 encuestas en la cohorte de MSS 2019. Esta muestra de mayor tamaño nos permitirá un poder estadístico suficiente para determinar la significancia de los factores asociados que serán estudiados.

3.2 Duración del estudio

De 23 de octubre del 2019 al 22 de octubre del 2020.

3.3 Lugar del estudio

Lempira fue fundado el 28 de junio de 1825. El nombre del departamento es un tributo al héroe y cacique Lempira originario de este lugar. Tiene una densidad poblacional de 77 habitantes por km², una superficie territorial de 4228 km², y está localizado al oeste de Honduras, colinda al norte con Santa Bárbara, al sur con la república de El Salvador, al este con el departamento de Intibucá y al oeste con el departamento de Copan y Ocotepeque, con una población para el 2015 de 333,125, la cabecera departamental es Gracias. [29](#)

La ciudad de Gracias fue fundada por primera vez, en el mes de octubre de 1536, por Don Gonzalo de Alvarado y Chávez, en el lugar llamado Opoa, próximo a la ribera izquierda del Río Higuito y por último se fundó donde actualmente se encuentra en 1539, el último estudio realizado (2018)

dictamina que la población es de 54,404 personas, siendo 26,520 hombres y 27,885 mujeres. Con una población en el área urbana de 15,490 personas y en el área rural de 38,915 personas.

Teniendo una extensión territorial aproximada de 442 km², está conformado por 23 aldeas y 161 caseríos registrados en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2013, el código de identificación geográfica de Gracias.

El 67.5% de la población se dedica a la Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca. La principal fuente de alumbrado en sus viviendas es la electricidad del sistema público con 67%. El 57 % de la población cuenta con educación básica. ³⁰

3.4 Población y muestra

Para el muestreo del estudio se tomaron los pacientes que acuden al hospital, su lugar de procedencia fuera del departamento de Lempira, y mayores de 60 años con antecedentes de HTA.

3.5 Instrumento: Recolección y registro de la información

Se instruyó a los MSS participantes en el proyecto de investigación, en la forma de utilización de todos los instrumentos de investigación, incluyendo consentimiento informado, formularios, estandarización de técnicas para medición de diferentes parámetros, clasificación y/o caracterización de la información, formas y métodos de análisis, etc.

Una vez obtenido el consentimiento informado, a cada adulto mayor se le hizo lo siguiente:

- Entrevista para llenar un cuestionario estructurado, lo cual tomó un tiempo aproximado de 30 minutos
- Examen físico dirigido orientado a:
 - o Toma de medidas antropométricas: peso y talla.
 - o Toma de presión arterial
 - o Toma de pulso radial durante un minuto
 - o Auscultación cardíaca durante un minuto

3.5.1 Toma de medidas antropométricas

Peso en Kg: Se obtendrá colocando al sujeto descalzo, con la menor cantidad de ropa y accesorios en una balanza estándar con los pies separados, con la vista frente a la pared más cercana, los brazos a los lados vigilando que el sujeto no esté recargado en la pared ni en ningún objeto cercano y que no tenga ninguna pierna flexionada.

Talla: Se obtendrá colocando al sujeto descalzo, sin portar accesorios en el cabello, se colocará de pie con los talones unidos, las piernas rectas y los hombros relajados. La cabeza se colocará en el plano horizontal de Frankfort, justo antes de que se realice la medición, el individuo deberá inhalar profundamente, contener el aire y mantener una postura erecta mientras la base móvil se lleva al punto máximo de la cabeza con la precisión suficiente para comprimir el cabello.

Índice de masa corporal (IMC): Se determinará dividiendo el peso en Kg. Entre el cuadrado de la talla en metros cuadrados, estableciéndose el

resultado como Kg/m². El IMC se interpretará de la siguiente manera: < 16: Desnutrición severa, 16.0-16.9: Desnutrición moderada, 17.0-18.4: Desnutrición leve, 18.5-21.9: peso insuficiente, 22-26.9: Peso Normal, 27.0-29.9: sobrepeso, 30.0-34.9: Obesidad grado I, 35.0/39.9: Obesidad grado II, 40.4-40.9: Obesidad grado III >=50: Obesidad grado IV.

3.5.2 Presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD)

Utilizando un estetoscopio y esfigmomanómetro Standard con manguito de tamaño apropiado y debidamente calibrado, se procederá a establecer con el método clínico convencional los valores de PAS y PAD siendo reportada en mmHg.

El paciente deberá estar en posición sedente, con ambos pies juntos contra el piso, espalda contra el respaldo de la silla, brazos a la altura del corazón y haber observado no menos de 5 minutos de reposo en esa posición. La presión arterial se tomará en ambos brazos. La presión arterial sistólica se establece con la aparición del primer ruido de Korotckoff y la diastólica con el último (o el quinto) ruido de Korotckoff. Si la lectura fuese normal se procederá a registrarlas apropiadamente. Si por el contrario la lectura indicase hipertensión arterial, se pedirá al paciente continuar en sedestación y reposo por cinco minutos adicionales y se repetirá el procedimiento. Se consignará las lecturas de presión arterial sistólica y diastólica más elevadas.

Si el individuo fuese un caso conocido de hipertensión arterial, deberá registrarse como “Controlado o no controlado” si por el contrario fuese un caso nuevo, el MSS le citará en su centro de trabajo para registrar dos lecturas

adicionales, en días diferentes a fin de documentarlo como Caso nuevo de HTA.

3.6 Procesamiento y Digitalización de datos

3.6.1 Frecuencia cardíaca y ritmo

Número de latidos por minuto registrados mediante auscultación con estetoscopio. Ritmo cardiaco: regular o irregular

3.6.2 Pulso

Número de pulsaciones por minuto registrados mediante palpación de las arterias radiales (o carótidas, o braquiales).

Pulso: regular o irregular

3.6.3 Análisis Estadístico

Los datos individuales de los MSS fueron analizados con Epi-info. Se utilizó un análisis univariado para la estimación de la prevalencia y se calcularon intervalos de confianza de 95%. Adicionalmente se construyeron tablas 2x2 y se usará Chi Cuadrado para determinar factores asociados. Los análisis multivariados se realizaron con regresiones logísticas. La base de datos integrada se analizó con SPSS.

3.6.4 Estadio clínico de hipertensión arterial

La determinación del estadio clínico de hipertensión arterial se efectuó en base a los parámetros sugeridos en el séptimo reporte del Comité Nacional para el control y manejo de la hipertensión arterial en Estados Unidos de América (Joint National Committee JNC VII).

3.7 Aspectos éticos

El estudio conto con dictamen IRB de UNITEC. A cada persona participante (sujeto) se le explico el propósito de la investigación, y se le solicito su consentimiento informado para ser incluido. Deberá ser informado de que la información es privilegiada, confidencial, y que de ninguna manera representa riesgo o daño para él o su familia, así como tampoco motivo de lucro para los investigadores. Además, se le informo sobre el propósito del estudio, y los beneficios personales y comunitarios del mismo.

La base de datos del estudio fue diseñada por el Docente Investigador de la FCS mediante el paquete estadístico EPI-INFO (versión Windows). Cada MSS debió bajar, de forma gratuita, la aplicación de Epi-info en el sitio web del CDC: <https://www.cdc.gov/epiinfo/support/downloads.html>.

Los MSS fuimos convocados a un taller de refrescamiento de Epi-Info, con énfasis en el módulo de digitación. En ese momento, se nos dio a cada MSS una copia en blanco de la base de datos diseñada.

En un segundo taller de seguimiento, los MSS llevamos consigo una copia de las bases de datos digitada y recibirán entrenamiento en el módulo de análisis estadístico de Epi-Info, en técnicas de redacción y lineamiento del informe final. En este taller se le dio a cada MSS una copia del programa automatizado de Epi-Info para correr el análisis de su base de datos.

En la brecha de tratamiento de HTA tomamos como base de investigación aspectos como ser indicaciones y cumplimiento del tratamiento, tipo de fármacos utilizado, combinaciones utilizadas y adherencia al tratamiento.

3.8 Presupuesto

Tabla 5. Presupuesto

Actividad	Cantidad en Lempiras
1. Fase Exploratoria	100
2. Validación de Instrumento	200
3. Servicios Secretariales	300
4. Recolección de Datos	100
5. Procesamiento y análisis estadístico	100
6. Digitalización de resultados	300
7. Empastado e impresión de informe final	500
8. Presentación de Trabajo	500
9. Total	2100

Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Cronograma de actividades

		CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																							
#	ACTIVIDAD	OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Ajuste a la propuesta según concepto de revisores																																								
2	Presentación del proyecto a las organización																																								
3	Revisión y ajuste de instrumento de encuesta																																								
4	Desarrollo del marco teórico																																								
5	Recolección de la información																																								
6	Procesamiento de Datos																																								
7	Análisis de resultado																																								
8	Informe final																																								

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo IV: ANALISIS Y RESULTADOS

A continuación, los análisis y resultados del estudio “Abordaje de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor (60+) desde la perspectiva de APS, en las zonas de influencia de Médicos en Servicio Social Cohorte 2019-2020”.

4.1 Resultados

4.1.1 Datos Sociodemográficos

En el estudio participaron 60 AM, 41 mujeres (68%) y 19 hombres (32%). El promedio de edad fue de 71 años (71 en mujeres y 72 en hombres). Todos los participantes se autodefinieron como mestizos.

Un total de 10 AM (17%) no saben leer ni escribir; 25 tienen primaria incompleta (42%), 10 tienen primaria completa (17%); 5 tienen secundaria incompleta (8%) y 10 tienen secundaria completa (17%).

En relación a estado civil, 23 AM son casados (38%), 14 son solteros (23%), 12 son viudos (20%) y 9 están en unión libre (15%).

4.1.2 Antecedentes Personales No Patológicos

Tabaquismo

Un total de 42 AM (70%) nunca han fumado y 18 (30%) si lo han hecho. Solamente 4 AM (7%) fuman al momento del estudio.

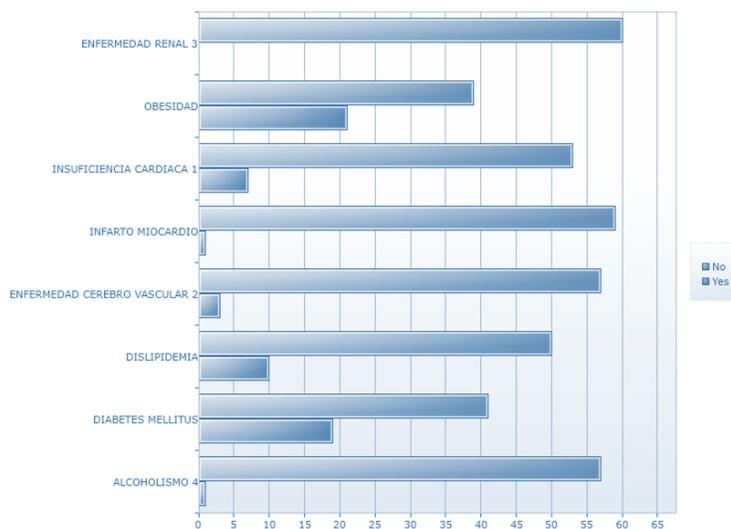
Sedentarismo

La mayoría de AM (51, 85%) no se consideran sedentarios; 29 (48%) afirman caminar y subir gradas / cuestas a diario). Solamente hubo 4 AM (7%) encamados.

4.1.3 Antecedentes personales Patológicos

El 32% de los pacientes presenta Diabetes Mellitus, 17% dislipidemia, 35% obesidad, 7% infarto de Miocardio, 12% Insuficiencia cardiaca, 5% enfermedad cerebrovascular.

Ilustración 1. Antecedentes Personales Patológicos



Fuente: Datos recolectados de Entrevista de AM 60+ en HJMG, GL.

Cuadro 1. Antecedentes personales patológicos de los participantes

Patología	N	% (Del total de AM)	Promedio de tenerla (años)	Están en Tx N	% (Del total de AM con la Patol)
a. Diabetes Mellitus (“azúcar en la sangre”)	19	32	7	18	95
b. Dislipidemia (“Colesterol y/o triglicéridos altos”)	10	17	4	10	100
c. Obesidad (“Gordura”)	21	35	10	4	19
d. Infarto Miocardio (“Ataque al corazón o angina”)	1	7	25	0	0
e. Insuficiencia Cardíaca (“Falla del corazón”)	7	12	3	2	28
f. Enfermedad Cerebro-Vascular (“Derrame”)	3	5	3	-	0
g. Enfermedad Renal (mal de los riñones)	0	-	-	-	-
h. Alcoholismo	1	2	-	1	100

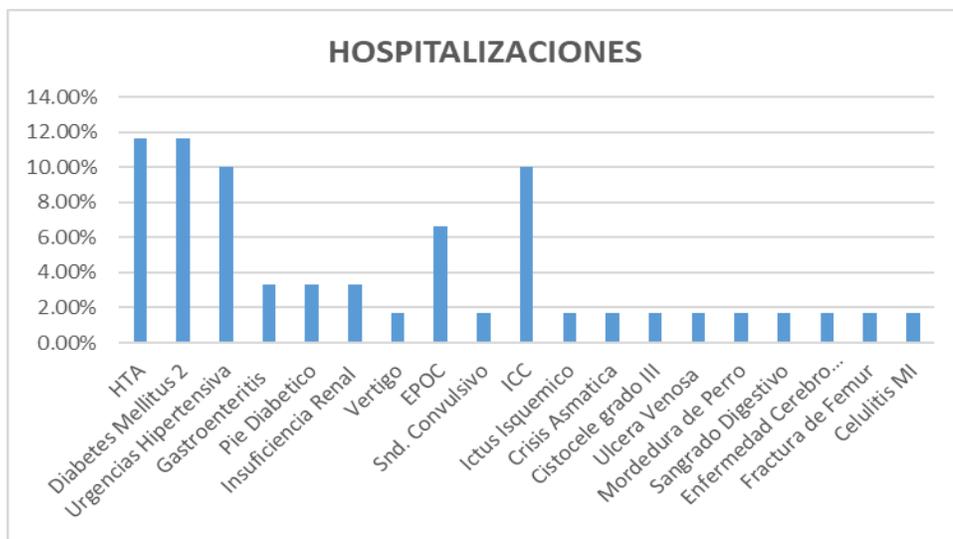
Antecedentes de Enfermedades Coronarias

El 88% de los pacientes entrevistados no presenta antecedente de Enfermedades coronarias, el 12% restante sí.

4.1.4 Hospitalizaciones

Un 62% de AM han sido hospitalizados por diversas causas: el 22% por HTA, 12% por DM2, y 39% por otras razones, incluyéndose Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, IR, y por causas ginecológicas, por cirugías generales, por cirugías ortopédicas, entre otros.

Ilustración 2. Hospitalización

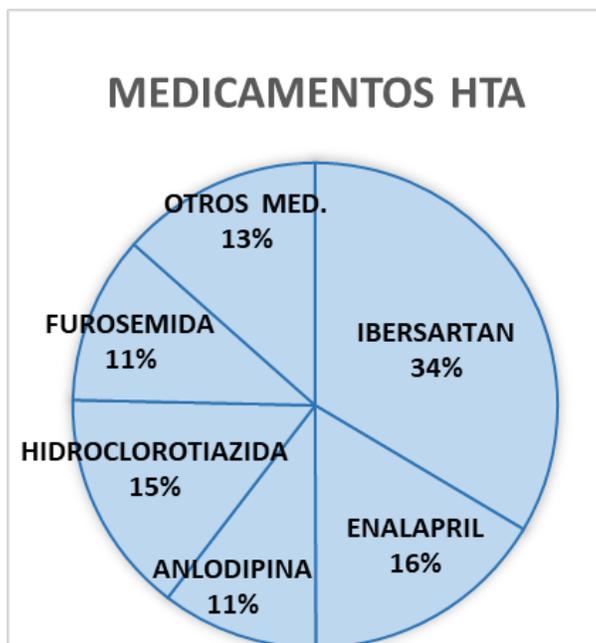


Fuente: datos recolectados de Entrevista de AM 60+ en HJMG, GL.

4.1.5 Uso de Medicamentos

El medicamento que se usa con más frecuencia es Irbesartan 34%, siguiéndole Enalapril 16%, Hidroclorotiazida 15% y con igual y menor frecuencia furosemida, amlodipino y otros medicamentos.

Ilustración 3. Uso de Medicamentos



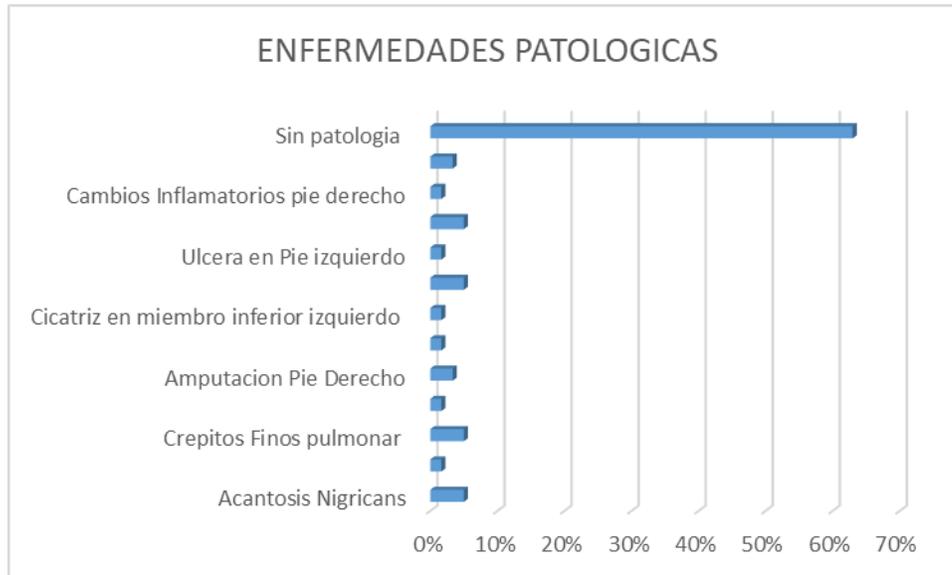
Fuente: datos recolectados de Entrevista de AM 60+ en HJMG, GL.

4.1.6 Examen Físico

Hallazgos patológicos al examen físico.

47% presentaron algún hallazgo patológico: Edema de miembros inferiores, hemiparesia, ingurgitación yugular, acantosis nigricans, crepito, entre otros, en estudio: tipo serie de casos.

Ilustración 4. Hallazgos Patológicos al examen Físico



Fuente: datos recolectados de Entrevista de AM 60+ en HJMG, GL.

Presión Arterial

El rango de Presión Arterial Sistólica que con mayor frecuencia se encuentra es de 110-140 mmHg en un 73.3% y el rango de Presión Arterial Diastólica que con mayor frecuencia se encuentra es de 50-80 mmHg con un 68.35%, en dicho estudio.

Del total de AM tratados con HTA, 12 (20%) tenían HTA por valores en PA sistólica y 16 (27%) por valores en PA diastólica, en diferente grado al momento del estudio.

Cuadro 2. Presión Arterial

Categoría	Sistólica	%	Diastólica	%
• Óptima	25	42	24	40
• Normal	14	23	26	43
• Normal alta	9	15	-	0
• HTA G1	6	10	8	13
• HTA G2	4	7	2	3
• HTA G3	1	2	0	0
• HTA sistólica aislada	1	2	-	-

Fuente: datos recolectados de Entrevista de AM 60+ en HJMG, GL.

Situación nutricional del adulto mayor

Del total de AM tratados en relación con el IMC, 10 (16%) tenían bajo peso y 30 (50%) se encuentran en peso normal, y el resto se encuentran en las diferentes categorías de obesidad y sobrepeso.

Cuadro 3. IMC en adulto mayor

Categoría	Mujer	%	Hombre	%	Total	%
• Desnutrición severa	0	0	0	0	0	0
• Desnutrición moderada	0	0	0	0	0	0
• Bajo peso	3	7	3	16	6	10
• Peso normal	15	36	3	16	18	30
• Sobrepeso	14	34	8	42	22	37
• Obesidad G1	8	19	4	21	12	20
• Obesidad G2	0	0	1	5	1	2
• Obesidad G3	1	2	0	0	1	2

Fuente: datos recolectados de Entrevista de AM 60+ en HJMG, GL.

4.2 Análisis

4.2.1 Características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas

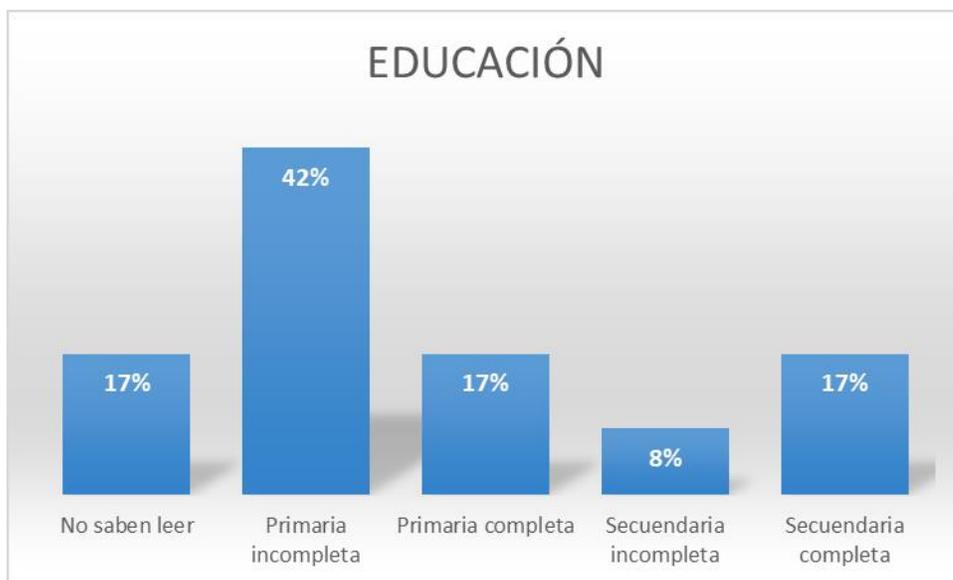
En la investigación realizada fue en tipo serie de casos: n: 60 y se encontró que el sexo predominante eran mujeres en un 68% y el 32% restante eran hombres. Según un estudio de "hipertensión arterial en la mujer"³¹ indica que la hipertensión arterial es más frecuente en hombres hasta los 45 años, pero al alcanzar la edad de 65 años ambos sexos son igualitarios y al sobrepasar dicha edad se evidencia un aumento de la prevalencia en las mujeres, por aspectos fisiopatológicos y hormonales.

En los datos obtenidos se pudo evidenciar que la población que más acude a dicha institución mayores de 60 años es rural con un 55 % pero gran cantidad de personas se han trasladado al casco de la ciudad por su edad o porque familiares los quiere tener cerca de ellos lo que nos lleva a que un 45% es rural o se han trasladado al pueblo de Gracias en los últimos años. Y se determina que la ubicación geográfica afecta de manera significativa la atención y el seguimiento del paciente por el difícil acceso del servicio de salud en algunas regiones del departamento.

EL 75% de la población estudiada, si saben leer y escribir, un gran porcentaje 25% son analfabetas, aunque algunos saben lo básico porque la gran mayoría estudio los primeros años de escuela, pero muchos se les ha olvidado.

Tenemos un porcentaje 17% que terminó la secundaria en lo cual hace referencia más en el casco urbano de Gracias lo que implica que la mayor parte de analfabetos son del área rural. Esto conlleva a un factor de riesgo ya que en muchos casos se ha identificado que la baja escolaridad limita el conocimiento adecuado de la enfermedad.

Ilustración 5. Escolaridad en adultos mayores de 60 años Hipertensos



Fuente: datos recolectados de Entrevista de AM 60+ en HJMG, GL.

El mayor porcentaje es de personas con primaria incompleta primeramente en los primeros 3 grados en los cuales la gran mayoría solo aprendió a leer y escribir lo básico como segunda línea tenemos los analfabetos, y en la zona céntrica en casco es donde tenemos una gran cantidad de personas que han terminado la secundaria.

4.2.2 Factores de Riesgo Cardiovasculares

En el estudio de caso realizado a las personas entrevistadas el 70% nunca ha fumado en su vida y el otro 30% si lo ha realizado en algún momento teniendo una cantidad muy bajo el porcentaje de las personas que todavía practican este hábito aproximadamente del 10% , siendo este un dato bastante positivo ya que el tabaquismo esta alta mente relacionado con otras enfermedades como ser cardiovasculares y es alta mente considerado como uno de los factores de riesgo que pueden provocar hipertensión arterial ya que promueve la arterioesclerosis, dañando los vasos sanguíneos y produciendo un aumento del ritmo cardiaco y la presión arterial.

Otro factor de riesgo cardiovascular es el sedentarismo, según los datos obtenidos por la entrevista el 15% eran completamente sedentarios entre ellos 7% esta encamado el otro 8% no realizan ningún tipo ejercicio y tiene las condiciones para realizarlo. La realización de actividades físico actúa como factor protector ya que aumenta la capacidad funcional y síntomas asociados.

El 48% camina o sube gradas como un hábito constante y tenemos un 52% que no lo realiza, gran parte no lo lleva a cabo como habito solo espontáneamente y otro porcentaje se le dificulta por otro factor.

El 35% presenta obesidad representando un gran factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. El 32% de pacientes presenta Diabetes

Mellitus, estas enfermedades se encuentran estrechamente relacionadas con la hipertensión, algunos de los pacientes también presentan 17% dislipidemia, 7% infarto de Miocardio, 12% Insuficiencia cardiaca, 5% enfermedad cerebrovascular y 2% padecen enfermedad renal.

Un reporte reciente de la OMS establece que *“la HTA es el principal factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, seguido por el consumo de tabaco, los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo y niveles de glicemia anormales”*.³²

En este estudio observamos que las 3 principales patologías asociadas son obesidad, diabetes mellitus y la dislipidemia la con un 35%, 32% y 17%.

La relación de la HTA con el sobrepeso y la obesidad ha sido estudiada ampliamente. Entre los mecanismos fisiopatológicos que explican dicha relación de HTA en los adultos con mayor IMC destacan una mayor circulación de angiotensinógeno proveniente de los adipocitos intraabdominales.³³

EL 88% de los pacientes entrevistados, no tiene antecedentes de enfermedad coronarias pero el 12 % si se observa que están relacionado con patologías dato favorable para el departamento de lempira ya que esto evita que más miembro de la familia padezcan de dichas enfermedades.

4.2.3 Brecha de Tratamiento

En los principales tratamientos tenemos IECA/ARAII apuntan a ser las terapias farmacológicas más usadas en los pacientes estudiados, acompañándose en menor frecuencia los bloqueadores de los canales de calcio y los diuréticos.

Observando que una terapia combinada presenta mayor eficacia teniendo en cuenta los efectos y las dosis, realizándose de manera individual según la necesidad de cada paciente.

El 98% de los pacientes entrevistados en el Hospital Juan Manuel Gálvez afirmaron que si estaban recibiendo tratamiento para su Hipertensión Arterial.

Entre las cifras de mayor tensión tenemos Presión Arterial Sistólica 110-140 mmHg en un 73.3% y el rango de Presión Arterial Diastólica que con mayor frecuencia se encuentra es de 50-80 mmHg con un 68.35%, concluyendo que en su mayoría están controlados. Indicando un beneficio económico en la adherencia económica. y el resto del porcentaje presenta una brecha al no tener una adecuada adherencia y no disponer de medicamentos de última generación en la mayoría de los centros y para poder disminuir los riesgos cardiovasculares.

Se debe identificar la adecuada adherencia y seguimiento del tratamiento en el cual podemos utilizar cuestionarios validos como ser Test de Morisky-Green-Levine. Este test consta de cuatro preguntas:

- 1-. ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?
- 2-. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
- 3-. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
- 4-. Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?

En todos los casos se debe responder “SÍ” o “NO”.

Se consideran adherentes a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no adherentes a quienes contestan SÍ a una o más.³⁴

De esta manera podremos identificar algunos de los limitantes para la adherencia y cerrar unas de las principales brechas en el tratamiento.

4.2.4 Determinar situación nutricional del adulto mayor.

En medidas antropométricas de los Encuestados, la estatura promedio fue de 1.58mt, pero la mayor población ronda entre 1.50mt a 1.59mt de estatura con el 42% de los pacientes, después tenemos con el 28% los pacientes que rondan entre los 1.60Mt a 1.69Mt y con un 17% que están entre la siguiente estatura 1.40Mt a 1.49Mt. Conforme al peso tenemos un promedio 67.40 Kg entre los cuales está en 60 a 80 Kg el mayor porcentaje con un 55% y un 37% que ronda entre <59.99Kg.

Conforme hemos mirado el comportamiento del peso y la estatura se puede obtener el IMC que nos podrá brindar más información relacionada con su

obesidad y problemas alimenticios que han contribuido a su IMC con un promedio de 26.80, pero podemos ver en los comportamientos entre los cuales está 40% rango normal lo que significa que una buena población estudiada está en buena condición, pero otro porcentaje es el de sobrepeso con un 37% y un 23% con obesidad lo que podemos determinar que una gran mayoría de los entrevistados tiene más posibilidades de tener más riesgo cardiovasculares los cuales en Honduras y el mundo son una causa de muerte.

Un estudio publicado en la revista latinoamericana de Hipertensión de Lares et al llamado: “Evaluación del estado nutricional en la detección de factores de riesgo cardiovascular en una población adulta” se concluye que la ingesta dietética puede ser un predictor de enfermedad cardiovascular, ya que las dietas hipercalóricas provocan aumento de peso incrementando el IMC y provocando trastornos en el exceso de peso, incrementando los factores de riesgo cardiovasculares. [35](#)

Capítulo V. Conclusiones

1. La investigación realizada en el hospital Juan Manuel Gálvez en la Ciudad de Gracias en el departamento de Lempira, demostró que el 68% de la población que fue estudiada es de sexo femenino, demostrando que dicha enfermedad es más predominante en el sexo femenino, ya que se presentan cambios fisiológicos postmenopáusicos en relación con los hombres. El 55% de población estudiada corresponde al área rural, y la educación es más baja en esa área con un 17% de analfabetismo y un 42% de primaria incompleta en los primeros grados.
2. La prevalencia de Hipertensión arterial en departamento de Lempira, es de PAS:110-120 mmHg con un porcentaje de 73% de la población y PAD 50-80 mmHg con una 68% en su mayoría los rangos más frecuentes se encuentran aceptables.
3. La relación que existe del HTA es cada vez más notable con otras enfermedades como ser obesidad que un 21% lo tiene y aún más preocupante es que una mínima cantidad está en tratamiento el otro porcentaje de los estudiados con obesidad no le toman tanta importancia ni a su alimentación, ni a sus movimientos después tenemos a diabetes mellitus con 19% que en su mayoría la tiene controlada y la dislipidemia con un 10% son las enfermedades que más se relacionan con HTA.

4. Identificándose que la principal brecha se encuentra en la adherencia del tratamiento, tomando en cuenta los factores sociodemográficos y factores de riesgo al igual que la accesibilidad a los servicios de salud y la adecuada atención.
5. Podemos determinar en el estudio que el adulto mayor con factor de riesgo presenta un porcentaje de sobrepeso y obesidad un 92% de la muestra estudiada. En lo cual se relaciona los bajos niveles de actividad física.
6. Concluyendo que 60 % hospitalizaciones que se han realizado en hospital Juan Manuel Gálvez son de las enfermedades relacionadas como ser HTA, ICC Y Diabetes mellitus con urgencias hipertensivas ya que no se ha realizado un adecuada identificación y seguimiento por parte del servicio de salud, en ocasiones por falta de información, educación, accesibilidad del tratamiento, nivel económico y accesibilidad a la unidad de salud con personal capacitado.

Recomendaciones.

1. Citar periódicamente a consultar externa a grupos de mayor riesgo para evaluaciones de forma individual para prevenir y captar en tiempo oportuno los indicios de la enfermedad.
2. Identificar los elementos con los cuales podemos provocar un cambio en el paciente para que pueda conocer su enfermedad y seguir indicaciones médicas para así modificar los factores de riesgo cardiovasculares, lográndolo mediante una comunicación eficaz con el personal de salud y capacitarlo.
3. Realizar tamizajes y brindar mayor atención a las personas que tienen factores de riesgo cardiovasculares o patologías de base ya establecidas para evitar complicaciones médicas.
4. Realizar la identificación por medios de los métodos validados como ser el cuestionario de Morisky-Green, así mismo indicando esquemas de simple dosificación y realizando monitoreo por medio de mensajes o llamadas. Por aquellos pacientes de difícil acceso.
5. Fomentar una adecuada comunicación de médico- paciente, con un lenguaje entendible según el nivel educativo de cada paciente. Utilizando distintos métodos para brindar información y educación al paciente y llegar a lugares donde los accesos a los servicios de salud son escasos.
6. El manejo de la hipertensión arterial se basa en la instauración de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Iniciando con terapia nutricional, en la búsqueda de una alimentación sana, la restricción de

la ingesta de sodio. Para La adopción de un estilo de vida saludable le brinda beneficios que se observarán en el mejoramiento de su salud y vida cotidiana.

7. El manejo de la hipertensión arterial se basa en la instauración de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Iniciando con terapia nutricional, en la búsqueda de una alimentación sana, la restricción de la ingesta de sodio. Para la adopción de un estilo de vida saludable le brinda beneficios que se observarán en el mejoramiento de su salud y vida cotidiana.

Bibliografía

1. Miguel P., Teruel S., Mariño A. Soler. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores. Universidad de Ciencias Médicas ISSN 2221-2434
2. OPS Honduras. Organización Panamericana de Salud. [Online].; 2018 [cited 2020 Junio 20. Available from: https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1631:taller-de-validacion-de-protocolo-asistencial&Itemid=260.
3. Salazar P., Rotta A., Costa F. Hipertensión en el adulto mayor, Rev Med Hered. 2016; 27:60-66. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
4. Reyes, D., 2020. *Esfigmomanómetro. TENSIOMETRO*. [Online]. [cited 2020 Junio 20. Available from: <https://emssolutionsint.blogspot.com/2018/07/esfigmomanometro-tensiometro.html>
5. Núñez, D., 2018. *OPS/OMS Honduras - Enfermedades No Transmisibles, Se Valida El Protocolo Asistencial | OPS/OMS*. [online] Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [cited 2020 Junio 20. Available at: [https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1631:taller-de-validacion-de-protocolo-asistencial&Itemid=260#:~:text=En%20Honduras%2C%20la%20prevalencia%20en,2014%20\(SESAL%2C%202015\)](https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1631:taller-de-validacion-de-protocolo-asistencial&Itemid=260#:~:text=En%20Honduras%2C%20la%20prevalencia%20en,2014%20(SESAL%2C%202015)).
6. Anónimo, Hipertensión Arterial, Guía De Diagnostico Y Manejo. 2nd ed. Oficina Regional de la Organización Mundial De La Salud, p.320 Parte II.

7. Barquera ICNLHBAPTCMS. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Scielo, Salud Publica mexicana. 2018 junio; 60(3).
8. Rina Elizabeth Ortiz-Benavides MTVSCARSVRQ. Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. Scielo, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016 junio; 33(2).
9. Kasper FHLJL. HARRISON, MANUAL DE MEDICINA. decimonovena ed. Dennis L. Kasper ASFMDLLJLJLL, editor. Ciudad de Mexico : MCGRAW-HILL INTERAMERICANA S.A ; 2017.
10. T. Gijón-Conde abM. Gorostidi cM. Camafort dM. Abad-Cardie eE. Martín-Rioboof F. Morales-Olivas g. 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. ScienceDirect, Hipertensión y Riesgo Vascular. 2018 septiembre; 35(3).
11. Rubio-Guerra AF. Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta? Med Int Méx. 2018 Marzo; 34(2).
12. Mary Lares YVSBPHCM. Evaluación del estado nutricional en la detección de factores de riesgo cardiovascular en una población adulta. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2011 marzo; 6(1).
13. Rodrigo Tagle. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL HYPERTENSION DIAGNOSIS. Revista Médica Clínica Las Condes. 2018 febrero; 29(1).

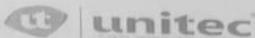
- 14.C. MTL. IMPACTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR. Clínica Las Condes. 2015 marzo; 26(2).
- 15.Ortega IAJ. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA MEDICA DEL CESAMO, TEUPASENTI, EL PARAISO HONDURAS. Tesis. Teupasenti : Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua , Salud; 2015. Report No.: ISBN/ISSN.
- 16.Cáceres PMS. Hipertensión en el adulto mayor. Herediana. 2016 enero; 27(1).
- 17.Ana Ibis Conesa González MYQGMZTKGPED. Estado Nutricional y factores de riesgo vascular en pacientes ingresados en el centro de Atención al Diabético de la Habana. Revista Cubana de Endocrinología Scielo. 2017 mayo-agosto; 28(2).
- 18.Pedro Enrique Miguel Soca YST, ALMS, YLC, TRG, MPG. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. Scielo. 2017 septiembre; 7(3).
- 19.Rodríguez PCVBA. Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos. Scielo. 2017 Julio-Septiembre; 43(3).
- 20.Manuel Alarcón PDFCAOMRFC. Estado Nutricional, niveles de actividad física y factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad Santo Tomas. Revista Chilena de Nutrición Scielo. 2015 marzo; 42(1).
- 21.Marimon LHLME. SALUD ORAL Y HÁBITOS DIETÉTICOS EN LOS ADULTOS MAYORES. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 2017 enero-junio; 27(1). Marimon LHLME. SALUD ORAL Y HÁBITOS DIETÉTICOS EN LOS ADULTOS MAYORES. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 2017 enero-junio; 27(1).

22. Anónimo. Sesgos en la medición del índice de masa corporal en adultos mayores. Scielo. 2017 enero-febrero; 34(1).
23. MEPJA L. Manual de fórmulas y tablas para la intervención nutricional. In Obregón A, editor. Vigilancia de la nutrición: adulto mayor. México: McGrawHill; 2012. p. 393-404.
24. Segura NJGCDCA. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. Revista Colombiana de Cardiología. 2016 febrero; 23(6).
25. Galarza Armijos MEMMKdCSPGEMVLE. Factores de riesgo de hipertensión arterial: Prevalencia y análisis multivariable en los conductores de taxis de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2014. Revista de la facultad de ciencias médicas, Universidad de Cuenca. 2016 Mayo ; 34(1).
26. Guarnaluses LJB. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. Scielo, MEDISAN. 2016 Noviembre ; 20(11).
27. Edwin J. Osorio Bedoya PA. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada :una revisión estructurada. SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA & CIRUGIA CARDIOVASCULAR. 2018 Abril; 25(3).
28. Bryan Williams GMWSEARB. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión. Cross Mark, Revista Española de Cardiología. 2018 Septiembre; 72(2).
29. Anónimo. Red Honduras. [Online].; 2020 [cited 2020 Junio 2. Available from: <https://redhonduras.com/geografia/departamento-de-lempira/>.
30. Anónimo. SANAA BID COORPORACION ESPAÑOLA. [Online].; 2012 [cited 2020 Junio 2. Available from:

<https://registrodescentralizacion.gob.hn/wp-content/uploads/2019/07/13.-DA-GRACIAS-LEMPIRA.pdf>.

31. Urrea, J., 2018. Hipertensión arterial en la mujer. [online] Revista Colombiana de Cardiología. Available at: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0120563317302590?token=C8955AA480C59CBE1960699FA21E4A88A64E017BDDDD849F89A33BB7242F7CD8B3D386D3B771F258690B237F697638D3>> [Accessed 19 February 2021].
32. Paho.org. 2007. Prevención De Las Enfermedades Cardiovasculares. [online] Available at: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Directrices-para-evaluacion-y-manejo-del-riesgo-CV-de-OMS.pdf>> [Accessed 23 October 2020].
33. Miguel Ángel Serra Valdés MSR, MVG. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Scielo. 2018 Abril-Junio; 8(2).
34. Sabio, R. (2018). Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. *Revista Cubana De Salud Publica*, 4.
35. MSc. José Claro Alfonso Príncipe IMISTDI. La hipertensión arterial: un problema de salud. *Revista Medica Electron*. 2017 Julio-Agosto; 39(4).

Anexos:

 15

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD / CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGIA

Prevalencia de HTA en el Adulto Mayor (60+) que vive en las zonas de influencia de las unidades de salud asignadas a MSS de FCS-UNITEC

Código Encuesta del adulto mayor participante: 115

Iniciales del Médico en Servicio Social: KDDP Fecha de la Entrevista:

<u>09</u>	<u>03</u>	<u>20</u>
DD	MM	AA

¿Edad en años?: 72 ¿Es elegible para el estudio? Sí No

Si contesta que no, ¿por qué no es elegible? (marque la opción que corresponda)

- a. No habla español y no se dispone de intérprete
- b. La persona sufre de ceguera
- c. La persona sufre de sordera
- d. Otra (especifique): _____

Consentimiento Informado Oral

Este estudio es una iniciativa de la Facultad de Ciencias de la Salud de UNITEC, y se realiza en la red de servicios de la SESAL. Tiene como propósito contribuir al conocimiento de la situación de salud cardiovascular del adulto mayor en Honduras con el fin de influir en políticas públicas que beneficien a esta población.

Esta entrevista tendrá una duración máxima de media hora y los datos obtenidos nos permitirán evaluar la situación de salud general del adulto mayor, determinar el porcentaje de adultos mayores que presentan problemas de Hipertensión Arterial, así como los factores asociados con estos problemas. Esperamos que esta investigación sirva para proponer recomendaciones a la SESAL para mejorar la respuesta del sector salud hacia el adulto mayor particularmente aquellos con problemas de HTA.

Deseamos enfatizar que su participación en este proyecto es voluntaria. En otras palabras, usted puede, en cualquier momento, negarse a participar, decidir no contestar cualquier pregunta, o escoger abandonar esta entrevista. La decisión que usted tome no tendrá ninguna consecuencia para usted.

Nos comprometemos que toda la información que usted nos comparta será manejada confidencialmente y en ningún momento se dará a conocer su nombre.

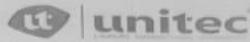
¿Desea usted participar en este estudio? Sí No Nombre / Firma / Huella digital _____

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información acerca del estudio puede comunicarse con:

Dr. Manuel Sierra Tel 9787 4014 (correo: manuel.sierra@unitec.edu.hn)
Dr. Guímel Peralta Tel 9743 3890 (correo: guimel.peralta@unitec.edu.hn)

14

06



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD / CARRERA DE MEDICINA

Prevalencia de HTA en el Adulto Mayor (60+) que vive en las zonas de influencia de las unidades de salud asignadas a MSS de FCS-UNITEC

Instrumento 1. Caracterización de HTA en Adulto Mayor (60+) diagnosticada y atendida en Unidades de Salud

Código Encuesta del adulto mayor participante: 15

Nombre del Médico en Servicio Social: Karla Dianeth Rosain Guerrero

Iniciales del Médico en Servicio Social: R006

Fecha de llenado: 09 03 20

1. Nombre: Rosa Elvira Romirez Romirez

2. Sexo: Masculino Femenino

3. Edad en años: 72

4. Departamento: Limpuru

5. Municipio / Ciudad: La Virgen

6. Dirección: San Jose

7. Lugar de residencia: Urbano Rural

8. Total años de escolaridad: 3 grado

9. Sabe leer y escribir: Si No

10. Años de estudio cursados (marque la opción que corresponde): Analfabeto Prim. Incom. Prim. Com. Sec. Incom. Sec. Com. Universidad

11. Estado civil (marque la opción que corresponde): Viudo/a Soltero/a Casado/a Unión libre

12. Grupo étnico al que pertenece (marque la letra que corresponde):

a. Mestizo b. Negro (inglés/garifuna) c. Lenca d. Blanco e. Otro (especifique)

13. Año en que le diagnosticaron HTA por primera vez: 2015

Antecedentes Personales

14a. ¿Ha fumado Usted alguna vez en la vida? Si No

Si contesta que **No**, pase a la pregunta 15d, Si contesta que **Si** haga la pregunta siguiente:

14b. ¿Fuma actualmente (última evaluación médica)? Si No

15a. ¿Es completamente sedentario? Si No

15b. ¿Es una persona encamada? Si No

15c. ¿Camina – sube gradas (cuestas) a diario? Si No

Antecedentes Personales Patológicos (Co-morbilidad)

Patología	¿Alguna vez en su vida le han dicho que padece de cualquiera de estas patologías?		Tiempo de tener dicha patología (en años)	¿Está actualmente en tratamiento <u>médico</u> por esta patología?	
16a. Diabetes Mellitus ("azúcar en la sangre")	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No		Si	<input checked="" type="checkbox"/> No
16b. Dislipidemia ("Colesterol y/o triglicéridos altos")	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No		Si	<input checked="" type="checkbox"/> No
16c. Obesidad ("Gordura")	Si	<input checked="" type="checkbox"/> No		Si	<input checked="" type="checkbox"/> No

Patología	¿Alguna vez en su vida le han dicho que padece de cualquiera de estas patologías?		Tiempo de tener dicha patología (en años)	¿Está actualmente en tratamiento <u>médico</u> por esta patología?	
	Si	No		Si	No
16d. Infarto Miocardio ("Ataque al corazón o angina")	Si	No		Si	No
16e. Insuficiencia Cardíaca ("Falla del corazón")	Si	No		Si	No
16f. Enfermedad Cerebro-Vascular ("Derrame")	Si	No		Si	No
16g. Enfermedad Renal (mal de los riñones)	Si	No		Si	No
16h. Alcoholismo	Si	No		Si	No

17. ¿Padece Usted de alguna otra enfermedad?

Si No

Si contesta que **Si**, anote las otras enfermedades que padece actualmente y que tratamiento recibe:

17a. Fractura. 1/3 distal radio. *degenerado*.

18a. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez en la vida?

Si No

Año	Días Hospitalización	Causa / Diagnóstico

18. En última evaluación médica, ¿toma medicamentos para HTA?

Si No NS

Nombre Medicamento 1:
Nombre Medicamento 2:
Nombre Medicamento 3:
Nombre Medicamento 4:

liricisartan 300mg

Examen Físico

Antropometría

19a. Peso (Kg)

60

19b. Talla (Mt)

156

19c. IMC: 24.7 normal

Última Presión arterial

20. Presión Arterial (mm. Hg) - Brazo derecho

20.1. Sistólica 130 20.2. Diastólica 90 20.3. Media: 103.3

21. Presión Arterial (mm. Hg) - Brazo izquierdo

21.1. Sistólica 130 21.2. Diastólica 90 21.3. Media: 103.3

22. Presión Arterial (mm. Hg) - Máxima

22.1. Sistólica _____ 22.2. Diastólica _____ 22.3. Media: _____

23. ¿Se encuentra algún otro hallazgo patológico al momento del examen físico?

Si No

Si contesta que Si, anote los hallazgos patológicos que se encontraron:

Con inmovilizador en brazo izq.