



Universidad Tecnológica Centroamericana
(UNITEC)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

**Abordaje de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor de 60 años
desde la perspectiva de Atención Primaria en Salud, Intibucá, Intibucá
en el periodo enero-marzo año 2020**

Tesis presentada por: Ivonn Elizabeth Flores Meza

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

Asesor:

Dr. Juan P. Bulnes

Dr. Manuel Sierra

TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS, C.A

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	V
DERECHOS DE AUTOR	VI
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	1
1.1 INTRODUCCIÓN	1
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	1
1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	2
1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO	3
Objetivo General	3
Objetivos específicos	3
1.5 JUSTIFICACIÓN	4
II. MARCO TEORICO	5
2.1 Hipertensión Arterial	5
2.2 Fisiopatología de la hipertensión Arterial	5
2.3 Epidemiología	6
2.4 Clasificación de la hipertensión arterial	6
2.5 factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial	7
2.6 Medición de la presión arterial en la consulta	7
2.7 Hipertensión y evaluación del riesgo cardiovascular total	8
2.8 Hipertensión arterial en el anciano	9
2.9 Evaluación del Paciente Hipertenso	10
Tabla 1	11
2.10 Polifarmacia y automedicación en adultos mayores	11
2.11 Tratamiento de la hipertensión arterial	13
2.12 Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.	15
2.13 Historia del departamento de Intibucá	17
III. METODOLOGIA	19

3.1	TIPO DE ESTUDIO	19
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	19
3.3	DURACIÓN DEL ESTUDIO	19
3.4	LUGAR DEL ESTUDIO	19
3.5	INSTRUMENTOS	20
3.6	TÉCNICAS EMPLEADAS	20
3.7	MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	20
3.8	PROCEDIMIENTO	20
3.9	ASPECTOS ÉTICOS	20
3.10	CRONOGRAMA	20
	Tabla. 2 cronograma	20
3.11	PRESUPUESTO	21
	Tabla 3. Presupuesto	21
IV.	RESULTADOS Y ANALISIS	22
4.1.1	Resultados de estudio de caracterización	22
	Tabla 4 Datos Sociodemográficos	22
	Tabla 5 Antecedentes Personales Patológicos	23
	Tabla 6 Antecedentes personales patológicos de otras enfermedades	25
	Tabla 7 Presión Arterial Sistólica	25
	Tabla 8 Presión Arterial diastólica	26
	Tabla 9 Hallazgos Patológicos	26
4.1.2	RESULTADOS ESTUDIO DE PREVALENCIA	27
	Tabla 10 Datos Sociodemográficos	27
	Tabla 11 Antecedentes personales patológicos de los adultos mayores	29
	Tabla 12 Presión Arterial Sistólica	31
	Tabla 13 presión Arterial Diastólica	32
	Tabla 14 Resultados de estado de nutrición de los participantes	32
	Tabla 15 Hallazgos Patológicos	33

4.2 DISCUSION Y ANALISIS	34
4.2.1 Caracterización del AM con HTA atendido en las unidades de salud (INSTRUMENTO 1)	34
4.2.2 Prevalencia De HTA en AM (INSTRUMENTO 2)	38
V. CONCLUSIONES	45
5.1 CONCLUSIONES	45
5.2 RECOMENDACIONES	47
VI. BIBLIOGRAFÍA	49

DEDICATORIA

Dedico esta tesis principalmente a Dios por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres por ser un pilar fundamental y demostrarme siempre su cariño y su apoyo incondicional. A mis hermanos por demostrarme su amor y su apoyo constante, a mi esposo y a mi hijo por ser mi mayor fuerza y mi mayor motivo de salir adelante. A mis amigos quienes estuvieron constantes apoyándome y dándome fuerzas que muchas veces me hacían falta.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi casa de estudios UNITEC haber tenido el privilegio de ser alumna de una universidad tan privilegiada, al Hospital Enrique Aguilar Cerrato y a todas sus autoridades y personas por permitirme realizar mi investigación en este centro hospitalario

DERECHOS DE AUTOR

© Copyright 2020

(Ivonn Elizabeth Flores Meza)

Todos los derechos son reservados.

RESUMEN

El propósito se basa en conocer la caracterización de la HTA en adultos mayores de 60 años que visitan el Hospital Doctor Enrique Aguilar Cerrato en el Departamento de Intibucá, municipio de Intibucá, y la prevalencia en zonas de influencia con una duración del estudio del enero-marzo 2020 con el objetivo de 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. La metodología de Investigación es de mixto tanto de carácter cuantitativa como cualitativa se realizaron una serie de encuestas donde se obtendrían todos los datos que consecuentemente serían los utilizados para tabulación y análisis de las personas con dicha patología en este lugar, tomando a estas personas como la muestra y así tener un referente y ver de qué manera de comporta la población en general. Entre resultados se destaca que el 68.33% de los pacientes eran mujeres, el 56.67% residen en zona rural, el 65% sabe leer, el 31.67% son analfabetos y el 50% son casados. La prevalencia de HTA en el adulto mayor es del 55%. En conclusión, la HTA es más frecuente en mujeres, predomina en el área rural y afecta a personas analfabetas. Se recomienda utilizar medios expansivos de educación de salud, nutricional y capacitación a médicos para mantenerse actualizados.

Palabras clave: Adultos mayores, Educación, hipertensión arterial, Mujeres, Zona rural.

ABSTRACT

The purpose is based on knowing the characterization of HT in adults over 60 years of age who visit the Hospital Doctor Enrique Aguilar Cerrato in the Department of Intibucá, municipality of Intibucá, and the prevalence in areas of influence with a study duration of January- March 2020 with the aim of contributing to the knowledge of the cardiovascular health situation of the elderly in Honduras in order to influence public policies that benefit this population. Methodology: The research methodology is of mixed both quantitative and qualitative character, a series of surveys were carried out where all the data would be obtained that would consequently be used for tabulation and analysis of people with said pathology in this place, taking these people as the sample and thus have a reference and see how the population in general behaves. Results: 68.33% of the patients were women, 56.67% resided in rural areas, 65% could read, 31.67% were illiterate and 50% were married. The prevalence of HT in the elderly is 55%. Conclusions: HT is more frequent in women, predominates in rural areas and affects illiterate people. HBP is related to aging. Recommendation: Use expansive means of health education, nutrition, and physician training to keep up-to-date.

Keywords: Older adults, Education, arterial hypertension, Women, Rural area.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

1.1 INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una de las patologías más frecuentes a nivel mundial. Esto representa un importante problema de salud pública ya que sus casos nuevos cada vez van en aumento afectando grandemente a toda población y en especial al adulto mayor, muchas veces se está frente a una larga evolución de la HTA en la cual los adultos mayores viven con la patología a diario sin saber que la padecen y sin tratamiento.

He aquí la importancia sobre este trabajo de investigación el conocer en las zonas como se encuentran en relación a esta patología, que tan controlados están los pacientes que asisten al centro hospitalario y en sus zonas cercanas de influencia y así contribuir al centro hospitalario a la comunidad con recomendaciones que puedan contribuir positivamente.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato fue inaugurado en el año 1992, es un hospital nivel II tipo 1, localizado en el Municipio de Intibucá, Departamento de Intibucá, el hospital se encarga de autorizar cada trabajo de investigación que se realiza de parte de médicos en servicio social u otro personal de salud por lo que no hay evidencia descrita ni se ha autorizado sobre investigaciones publicadas del Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato sobre este tema de investigación.

Sin embargo, en el desempeño diario como médicos en Servicio Social los casos de hipertensión arterial en el adulto mayor son realmente frecuentes, la mayoría de consultas diarias tanto como por consulta externa, zonas de hospitalización y emergencia, son por hipertensión

arterial, con un aproximado de cada 25 pacientes atendidos en la consulta externa 15 son hipertensos y adultos mayores.

Lo cual lleva a un alto presupuesto invertido para el control de esta patología tan frecuente sin embargo siendo tan frecuente también se logra detectar que no se cuenta con club de hipertensos lo cual podría ser beneficioso para el hospital y así detectar de forma más oportuna un paciente no controlado y disminuir sus complicaciones.

1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Fase II: Caracterización de la HTA en el Adulto Mayor (60+) atendido en Intibucá, Intibucá Hospital Doctor Enrique Aguilar Cerrato en el periodo 2019-2020

Fase II: Prevalencia de HTA en el Adulto Mayor (60+) que vive en Intibucá, Intibucá en el periodo 2019-2020

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas del AM con HTA atendido en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato?
2. ¿Cuál es la prevalencia de HTA, factores asociados y la brecha de tratamiento en el Adulto mayor que vive en zonas de influencia del Hospital Enrique Aguilar Cerrato?

1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General

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.

Objetivos específicos

1. Definir las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológica del Adulto Mayor con HTA atendido en el Hospital Doctor Enrique Aguilar Cerrato en los periodos de enero-marzo del año 2020
2. Determinar la prevalencia de HTA en el adulto mayor que vive en las zonas de influencia del Hospital Doctor Enrique Aguilar Cerrato.
3. Identificar factores de riesgo cardiovascular en la población estudiada como Sobrepeso/obesidad, diabetes mellitus, antecedentes familiares, tabaquismo, sedentarismo, uso y abuso de alcohol)
4. Identificar la brecha de tratamiento de la HTA en el Adulto Mayor.
5. Determinar la situación nutricional del Adulto Mayor
6. Proponer recomendaciones para mejorar la respuesta del sector salud hacia el adulto mayor, particularmente aquellos con HTA.

1.5 JUSTIFICACIÓN

La importancia de esta investigación radica en que el adulto mayor tiene riesgo elevado de presentar hipertensión arterial en edades más avanzadas aumenta su riesgo y complicaciones de esta misma. El tener conocimiento de la hipertensión arterial en adulto mayor es de suma importancia de esta manera se da un mejor enfoque ya que este estudio ayudara a conocer la prevalencia de hipertensión arterial en esta población y las características de la misma.

De esta manera se logra contribuir a la situación de salud tanto de nuestro país como del hospital Enrique Aguilar Cerrato y así generar una visión clara de la situación actual de los pacientes que frecuentan el Hospital, y los que viven en zonas de influencia del mismo y así generar estrategias para mejorar la atención hacia estos pacientes ya que con los datos plasmados se conoce la magnitud de esta patología tan frecuente.

II. MARCO TEORICO

2.1 Hipertensión Arterial

Según la OMS define como la hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo.²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial 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.²³En el 2015, 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres tenían HTA.³³

2.2 Fisiopatología de la hipertensión Arterial

La presión arterial es el resultado del gasto cardiaco multiplicado por la resistencia periférica. El diámetro de los vasos sanguíneos afecta el flujo de la sangre, pues cuando el mismo esta disminuido, como en la aterosclerosis aumenta la resistencia y la presión arterial asciende; si por lo contrario el diámetro aumenta, como en la terapia con fármacos vasodilatadores la resistencia disminuye y la presión sanguínea desciende.³

Los riñones regulan la presión arterial mediante el control del volumen extracelular y la secreción de renina, que activa el sistema renina-angiotensina.³⁻⁴

2.3 Epidemiología

Existen pocos trabajos publicados sobre hipertensión en pacientes mayores de 60 años, debido a que la mayoría se refieren, en sentido general, a poblaciones mayores de 15 años. En las próximas décadas, el incremento de la población mayor de 60 años y la mayor prevalencia de HTA en esta población harán que este trastorno pueda ser considerado una «pandemia».5-6

La hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región y significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta.⁷

En el año 2013 fallecieron 9,4 millones de personas en el mundo por complicaciones asociadas a esta patología⁸

Dado que la prevalencia de HTA incrementa progresivamente con el envejecimiento, la mayor parte de ancianos en Estados Unidos son hipertensos (con una prevalencia de casi el 80% entre las mujeres y cercana al 70% de los hombres mayores de 75 años).⁹

2.4 Clasificación de la hipertensión arterial

Según la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología (SEC) y la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH), la hipertensión arterial se clasifica:

- Hipertensión Arterial Grado 1: PAS de 140 a 159mmHg y/o una PAD de 90 a 99mmHg.

- Hipertensión Arterial Grado 2: PAS de 160 a 179mmHg y/o una PAD de 100 a 109mmHg.

2.5 factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial

Factores no modificables: Edad, Sexo, Historia familiar¹¹

Factores modificables: Colesterol elevado, Diabetes, Estrés Hipertensión arterial, Obesidad, Tabaquismo, Sedentarismo¹¹

2.6 Medición de la presión arterial en la consulta

Los pacientes deben permanecer sentados cómodamente en un lugar tranquilo durante 5 min antes de comenzar la medición de la PA Se deben registrar 3 mediciones separadas 1-2 min, y solo deben repetirse cuando entre las primeras 2 mediciones haya una diferencia > 10 mmHg.¹²

La PA es el promedio de las últimas 2 mediciones.

Utilice un manguito de presión estándar (12-13 cm de ancho y 35 cm de largo) para la mayoría de los pacientes, pero tenga disponibles manguitos para brazos más gruesos (circunferencia de brazo > 32 cm) y más delgados

Coloque el puño al nivel del corazón, con la espalda y el brazo apoyados para evitar incrementos de PA dependientes de la contracción muscular y el ejercicio isométrico Si se emplea el método auscultatorio, se debe utilizar los ruidos de Korotkoff de fases I y V (reducción/desaparición repentina) para identificar la PA sistólica y diastólica respectivamente Mida la PA en ambos brazos en la primera consulta para detectar posibles diferencias.¹²

Tome como referencia el brazo con el valor más alto En la primera consulta, mida la PA de todos los pacientes tras 1 y 3 min de bipedestación desde sentado para excluir la hipotensión ortostática.

Considere medir la PA en decúbito y bipedestación en consultas posteriores para personas mayores, pacientes diabéticos o con otras enfermedades en las que la hipotensión ortostática es frecuente. Mida la frecuencia cardíaca por palpación del pulso para descartar arritmias¹²

2.7 Hipertensión y evaluación del riesgo cardiovascular total

La cuantificación del riesgo CV total (es decir, la probabilidad de que una persona sufra una complicación CV en un periodo de tiempo determinado) es una parte importante del proceso de estratificación del riesgo de las personas con HTA.¹²

Complicaciones de la hipertensión arterial

Cardiopatía hipertensiva

La HTA provoca alteraciones estructurales y funcionales del corazón que afectan al miocardio auricular y ventricular, y a las arterias coronarias pericárdicas e intramurales⁶⁻¹³. De ahí nacen las 3 principales cardiopatías de la HTA: insuficiencia cardíaca, isquemia miocárdica y fibrilación auricular, que pueden aparecer solas o combinadas, con diferente gravedad y en diferentes fases evolutivas.²⁸

Riesgo cardiovascular

La historia familiar de enfermedad cardiovascular, especialmente en edades tempranas de la vida, es un potente predictor de riesgo.²⁹

En los últimos años se han identificado algunos genes candidatos a ser los responsables de dicho incremento del riesgo. Concretamente, algunos genotipos hallados en polimorfismos de los genes del sistema renina-angiotensina-aldosterona (polimorfismo M235T del gen del angiotensinógeno, polimorfismo I/D del gen de la enzima convertidora de la angiotensina II, polimorfismo A1166C del gen del receptor AT1 de la angiotensina II y polimorfismo C344T del gen promotor de la aldosterona

sintasa) se asocian con una mayor incidencia de HTA, así como con el desarrollo de las complicaciones cardiovasculares asociadas.²⁹

Insuficiencia renal crónica

La prevalencia de la ERC está aumentando debido fundamentalmente al incremento de la incidencia de diabetes mellitus y de la hipertensión arterial (HTA), y al envejecimiento de la población. Por ello es de gran importancia la identificación precoz de los pacientes susceptibles de desarrollar ERC con el objetivo de reducir la progresión y minimizar la morbilidad cardiovascular. La HTA es un factor que está relacionado con el inicio del daño renal y al mismo tiempo con su progresión.³⁰

2.8 Hipertensión arterial en el anciano

La presión arterial aumenta con la edad debido al proceso de envejecimiento, por incremento en la rigidez de las arterias, el remodelado vascular y por cambios en los mecanismos renales y hormonales, por tanto, se espera que se eleve la incidencia de hipertensión arterial en los adultos mayores.¹³

El anciano alcanza un alto nivel de PA por mecanismos un poco diferentes que los jóvenes. El árbol circulatorio se caracteriza por arterias elongadas, más tortuosas y mecánicamente más rígidas o con menor complacencia. A nivel histológico tienen disminución del componente elástico y aumento de la matriz colágena.¹⁴

Es frecuente que exista disfunción endotelial, aterosclerosis y calcificación vascular agregada. Es muy frecuente la hipertrofia ventricular izquierda (del 50 al 60%) y la disfunción diastólica del corazón. Es posible que esta dificultad en el llenado cardiaco sea la principal responsable del bajo volumen minuto cardiaco (disminución de

la función de bomba), que es más frecuente en los ancianos que en los jóvenes.¹⁴

2.9 Evaluación del Paciente Hipertenso

La evaluación del paciente hipertenso anciano tiene puntos principales:¹⁵

- Efectuar una valoración geriátrica integral del paciente que contemple, junto a los aspectos clínicos (comorbilidad, polifarmacia), la situación funcional (dependencias tanto de origen físico como mental) y los condicionantes sociales (aislamiento, economía, vivienda), todos ellos factores claves a considerar a la hora de planificar la intervención terapéutica.¹⁵
- Confirmar y definir gravedad de la elevación de la presión arterial según los niveles de la Guía Europea HTA. Detectar factores de riesgo cardiovascular.¹⁵
- Las siguientes medidas son imprescindibles en todos los pacientes:
 - Investigar el consumo de tabaco y de alcohol.¹⁵
 - Medir el perímetro abdominal del paciente (es patológico ≥ 102 cm en el varón y ≥ 88 cm en la mujer).¹⁵
- Determinar glucemia, colesterol total y fracciones, así como triglicéridos. Se considera patológico un colesterol total ≥ 250 , un colesterol-LDL ≥ 155 o un colesterol HDL <40 en el varón o <48 en la mujer.¹⁵
- Evaluar la intensidad del daño de órgano diana. Ocasionalmente la detección de la hipertensión arterial puede coincidir con un

acontecimiento agudo o subagudo (infarto de miocardio, aneurisma, accidente vascular cerebral, HTA maligna) que requiera ingreso. En el resto de los casos será preciso investigar la presencia de lesiones en órganos diana.¹⁵

Tabla 1

Clasificación de IMC para el adulto mayor (mayor o igual a 60 años)

IMC kg/m ²	Interpretación
Menor 16.0	Desnutrición severa
16.0 a 16.9	Desnutrición moderada
17.0 a 18.4	Desnutrición leve
18.5 a 21.9	Peso insuficiente
22.0 a 26.9	Peso normal
27.0 a 29.9	Sobrepeso
30.0 a 34.9	Obesidad grado I
35.0 a 39.9	Obesidad grado II
40 a 40.9	Obesidad grado III
Mayor o igual a 50.0	Obesidad grado IV

21

2.10 Polifarmacia y automedicación en adultos mayores

Con la edad aumenta el número de fármacos, progresión de la enfermedad, olvido de tomas, especialmente el anciano es el típico polimedcado y más susceptible.

Los fármacos constituyen la primera fuente de trastornos iatrogénicos en los ancianos, atribuible a que muchas veces se utilizan a dosis muy elevadas, o también a frecuentes errores de los ancianos al tomar los

mismos, ya sea por trastornos de la memoria, la visión o por la presentación incorrecta de los preparados, y si a esto añadimos el mal hábito de auto medicarse, que es otro aspecto que acrecienta la aparición de polifarmacia, que aumenta con la edad y es una forma terapéutica muy difundida entre los senescentes, merece una mayor atención.²²

El tabaquismo y la hipertensión arterial

Los diversos componentes del tabaco y del humo del tabaco actúan a distintos niveles del organismo, originando alteraciones fisiopatológicas que explican las complicaciones derivadas, mayormente la aceleración del proceso arterioscleroso y las alteraciones vasculares y endoteliales observadas en el fumador, la propia elevación tensional, las alteraciones hemo reológicas y del sistema de coagulación y diversas alteraciones endocrinas hemodinámicas.

Todas ellas subyacen en el desencadenamiento de la enfermedad coronaria y cerebrovascular, las dos principales complicaciones cardiovasculares de la HTA potenciadas por el tabaquismo²⁴

Hipertensión arterial y diabetes mellitus

La hipertensión arterial es una comorbilidad extremadamente frecuente en los diabéticos, afectando el 20-60% de la población con diabetes mellitus. La prevalencia de hipertensión en la población diabética es 1,5-3 veces superior que en no diabéticos. La hipertensión contribuye en el desarrollo y la progresión de las complicaciones crónicas de la diabetes.

En pacientes con diabetes tipo 2, la hipertensión puede estar presente al momento del diagnóstico o aun antes de desarrollarse la hiperglicemia y a menudo es parte de un síndrome que incluye intolerancia a la glucosa,

resistencia a la insulina, obesidad, dislipidemia y enfermedad arterial coronaria, constituyendo el denominado síndrome metabólico²⁶

2.11 Tratamiento de la hipertensión arterial

Modificaciones de estilo de vida¹⁶

Reducción del consumo de sal

Existe una fuerte evidencia de una relación entre el alto consumo de sal y el aumento de la presión arterial. Reduzca la sal agregada al preparar comidas y en la mesa. Evite o limite el consumo de alimentos con alto contenido de sal, como salsa de soja, comidas rápidas y alimentos procesados, incluido panes y cereales con alto contenido de sal¹⁶

Dieta saludable

Consumir una dieta rica en granos integrales, frutas, verduras, grasas poliinsaturadas y productos lácteos y reducir los alimentos en azúcar grasas saturadas y grasas trans, como la dieta DASH. Aumentar la ingesta de vegetales. Otros alimentos y nutrientes beneficiosos incluyen aquellos ricos en magnesio, calcio y potasio como aguacates, nueces, semillas, legumbres y tofu. Bebidas saludables Consumo moderado de café, té verde y negro.²⁶

Moderación del consumo de alcohol

Existe una asociación lineal positiva entre el consumo de alcohol, la presión arterial, la prevalencia de hipertensión y el riesgo de ECV. El límite diario recomendado para el consumo de alcohol es de 2 bebidas

estándar para hombres y 1,5 para mujeres (10 g de alcohol / bebida estándar). Evitar consumo excesivo de alcohol.¹⁶

Reducción de peso

El control del peso corporal está indicado para evitar la obesidad. Particularmente la obesidad abdominal debe ser manejada. Puntos de corte étnicos específicos para IMC y cintura. Se debe utilizar la circunferencia. Alternativamente, se recomienda una relación cintura-altura <0.5 para todas las poblaciones.¹⁶

Dejar de fumar

Fumar es un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares, la EPOC y el cáncer.¹⁶

Actividad física regular

Los estudios sugieren que el ejercicio aeróbico y de resistencia regular puede ser beneficioso tanto para la prevención como para el tratamiento de hipertensión.¹⁶

Ejercicio aeróbico de intensidad moderada (caminar, trotar, andar en bicicleta, practicar yoga o nadar) durante 30 minutos durante 5–7 días por semana o HIIT (entrenamiento de intervalos de alta intensidad) que implica alternar ráfagas cortas de actividad intensa con las siguientes recuperaciones en períodos de actividad más ligera.

El entrenamiento de fuerza también puede ayudar a reducir la presión arterial. Realización de ejercicios de resistencia / fuerza en 2–3 días por semana¹⁶

2.12 Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.

1. considerar la monoterapia en hipertensión de grado 1 de bajo riesgo o en pacientes muy viejos o más débiles¹⁶
2. considerar a + d en pacientes: post ECV, bien mayores, con falla cardiaca inicial e intolerantes a calcio antagonistas¹⁶
3. considerar A + C o C + D en pacientes negros¹⁶
4. precaución con espironolactona u otros diuréticos ahorradores de potasio cuando se estimó TFG menor de 45 ml / min / 1.73m² o K + mayor 4.5 mmo / L¹⁶

A. IECA o ARA

C. dihidropiridina- bloqueadores de los canales de calcio

D. diuréticos tipo tiazidas¹⁶

PASO 1

combinación dual de dosis baja **A+C**

PASO 2

Combinación dual de dosis máxima **A+C**

PASO 3

Triple combinación **A+C+D**

PASO 4

(hipertensión arterial resistente)

Triple combinación+ espironolactona u otra droga**A+C+D+**

Familias de antihipertensivos con sus respectivos medicamentos

Inhibidores IECA:enalapril, captopril, perindopril, ramipril¹⁷

Bloqueadores de los canales de calcio:

- Dihidropiridinas: nifedipina, nitrendipina, Amlodipino, felodipina, nisoldipina, nimodipina, isradipina, nicardipina
- No dihidropiridinas: verapamilo, diltiazem¹⁸
- Clasificación de los diuréticos
- Diuréticos ASA: furosemida, bumetanida, Torsemida, ácido etacrinico
- Diuréticos tiazídicos: hidroclorotiazida, clorotiazida
- Diuréticos ahorradores de potasio: espironolactona, amilorida, triantereno¹⁹

Clasificación de los Betabloqueantes más usados

- Cardio selectivos: atenolol, bisoprolol, metoprolol,
- No cardio selectivos: Nadolol, Propranolol
- Otras propiedades: carvedilol, sotalol²⁰

Los beta bloqueadores al igual que los diuréticos y particularmente cuando se combinan se asocian con un aumento del riesgo de diabetes de nueva aparición en pacientes con predisposición.¹⁶

Útiles Para el tratamiento de la HTA en situaciones específicas¹⁶

- Angina sintomática
- Control de la frecuencia cardiaca
- Infarto del miocardio reciente y IC-FEr
- Alternativa a los IECA O ARA II para mujeres jóvenes hipertensas que planean gestar o están en edad fértil.¹⁶

Meta terapéutica

Durante muchos años, el umbral de corte para el diagnóstico y el objetivo terapéutico de la HTA para la población general mayor de 18 años fue de 140/90mmHg, sin hacer distinción en las edades más avanzadas. Sin embargo, el límite de edad para considerar a una persona anciana es diferente en las guías internacionales de HTA. Aunque la OMS establece como punto de corte los 65 años, las guías de HTA utilizan edades entre 60 a 80 años³²

Para los pacientes de 65 años o más, la meta terapéutica indicada por la AHA es una PAS menor a 140mmHg y una PAD menor a 90mmHg. Hay que considerar la meta terapéutica específicamente para cada individuo en contexto de la sensibilidad, independencia y tolerancia del tratamiento. Logrando esta meta terapéutica el paciente disminuye su riesgo cardiovascular³¹

2.13 Historia del departamento de Intibucá

El Departamento de Intibucá se encuentra ubicado entre los departamentos de Lempira y La Paz, al suroccidente de Honduras, con una altitud media de 1700 metros sobre el nivel del mar y cuenta

con una superficie total de 3,123.2 km². El clima de Intibucá es meramente húmedo, con un ligero verano seco, en sí es uno de los departamentos más fríos de la región occidental de Honduras.¹

Historia Hospital Enrique Aguilar Cerrato

El edificio en donde actualmente se encuentra el Hospital inicio su construcción el 30 de junio de 1969 en Intibucá y fue inaugurado el 8 de febrero de 1992, recibe su nombre en honor al Doctor Enrique Aguilar Cerrato, especialista en otorrinolaringología, quien llegó a ser Ministro de Salud del país. Este hospital está situado en la cabecera del municipio de Intibucá en el Barrio “El Way”.¹

El departamento de Intibucá tiene una población de 268,000 habitantes, de los cuales el 63% se encuentra por debajo de la línea de pobreza y de estos el 49% se encuentra en extrema pobreza.¹

III. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Fase I: Descriptivo-Serie de casos.

Fase II: Transversal de prevalencia.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Fase I: 60 Adultos mayores de 60 años los cuales son atendidos en el Hospital Doctor Enrique Aguilar Cerrato los cuales fueron diagnosticados con HTA donde se tiene acceso al expediente clínico del paciente.

Fase II: 60 Adultos mayores de 60 años 1 adulto mayor por vivienda los cuales radican en zonas de influencia del Hospital Doctor Enrique Aguilar Cerrato del departamento de Intibucá.

3.3 DURACIÓN DEL ESTUDIO

Año 2019 – 2020

3.4 LUGAR DEL ESTUDIO

Fase I: Hospital Doctor Enrique Aguilar Cerrato

Fase II: Barrio el way (colonias: Bella vista, Buenos aires y sector 2)

3.5 INSTRUMENTOS

Se utilizaron dos cuestionarios estructurales. (Ver anexos)

3.6 TÉCNICAS EMPLEADAS

Se utilizaron un instrumento desarrollado por el equipo investigador del estudio de la universidad Tecnológica de Honduras. Instrumento fue validado por el comité de investigación y ética de UNITEC. La representatividad de la muestra fue verificada por el equipo investigador de UNITEC.

3.7 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron analizados con Epi-info.

3.8 PROCEDIMIENTO

En la fase I se utilizó el instrumento 1 y se entrevistó a 60 AM 60+, diagnosticados con HTA, atendido en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato donde se tuviera acceso al expediente. En la fase II se utilizó el instrumento 2 y se entrevistó a 60 AM 60+ residentes de las colonias Bella Vista, Buenos Aires y sector 2, del AGI del Hospital Doctor Enrique Aguilar Cerrato. Se seleccionaron aleatoriamente 75 viviendas, se seleccionó 1 adulto mayor al azar por vivienda.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

El estudio contó con dictamen IRB de UNITEC. A cada participante se le explico el propósito de la investigación, y se le solicito su consentimiento informado.

3.10 CRONOGRAMA

Tabla. 2 cronograma

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Instrumento 1								
Instrumento 2								

Tabulación
Borrador 1
Borrador 2
Borrador 3
Informe
Final



3.11 PRESUPUESTO

Tabla 3. Presupuesto

Artículo	Unidad	Precio	Total
Fotocopias	1200	0.80	960
Combustible			500
Almohadilla	1	60	60
Bolígrafo	4	50	200
Plicómetro	1	850	850
Total			2750

IV. RESULTADOS Y ANALISIS

4.1.1 Resultados de estudio de caracterización

Datos sociodemográficos

Tabla 4 Datos Sociodemográficos

Dentro de estos datos el 68.33% son mujeres, el 56.67% residen en zona rural, el 65% sabe leer, el 31.67% son analfabetos y el 50% son casados, como son descritos en la

Tabla 4. Datos Sociodemográficos

Datos Sociodemográficos de los adultos mayores hipertensos que se atienden en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato

Aspecto	N	%
Sexo		
• Hombres	19	31.67
• Mujer	41	68.33
Lugar de residencia		
• Urbano	26	43.33
• Rural	34	56.67
Sabe leer y escribir		
• Si	39	65
• No	21	35
Escolaridad		
• Analfabeto	19	31.67
• Primaria incompleta	17	28.33

• Primaria completa	11	18.33
• Secundaria incompleta	4	6.67
• Secundaria completa	6	10.00
• Universidad	3	5.00
Estado civil		
• Viudo	9	15.00
• Soltero	12	20.00
• Casado	30	50.00
• Unión libre	9	15.00

Antecedentes Personales

Tabaquismo:

En el estudio se encontró que 11(18.33%) fumaron algún momento de su vida de los cuales: 0(0%) fuman actualmente.

Sedentario:

De la población encontrada se observó que: 57 (95%) no son sedentarios de las cuales 32(53.33%) suben gradas a diario y se encontró que 3 (5%) son encamados.

Tabla 5 Antecedentes Personales Patológicos

Entre los antecedentes personales patológicos la comorbilidad más frecuente encontrada fue diabetes mellitus afectando a 22 (36.67%) de los participantes de los cuales los 22 (100%) **Tabla 5** se encuentran en tratamiento, en segundo lugar, se encuentra 15 (35%) que padece de otras enfermedades.

Antecedentes Hospitalarios

En cuanto a las hospitalizaciones solamente 24(40%) han sido hospitalizados y entre sus causas se encuentran: Diabetes Mellitus Tipo II descompensada (28%), Infarto agudo de miocardio (16%), Colecistitis (16%), Cistocele grado II (12%) EPOC (8%) Evento cerebrovascular (8%), Cáncer de cérvix (4%)

Uso de medicamentos para HTA

Se encontró que el 98.33% de los encuestados toman medicamento antihipertensivo y entre los medicamentos más usados se encuentran: Enalapril (33.89%), Irbesartán (27.11%), Hidroclorotiazida (15.60%), Amlodipino (12.2%). Furosemida (11.2%).

Tabla 5

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)
Diabetes Mellitus ("Azúcar En La Sangre")	22	36.67%	7.45 años	22	100%
Dislipidemia ("Colesterol Y/O Triglicéridos Altos")	13	21.67%	1.07 años	12	92.31
Obesidad ("Gordura")	2	3.33%	2 años	2	100%
Infarto Miocardio ("Ataque Al Corazón O Angina")	6	10%	2.5 años	6	100%
Insuficiencia Cardíaca ("Falla Del Corazón")	1	1.67%	3 años	1	100%
Enfermedad Cerebrovascular ("Derrame")	1	1.67%		1	100%

Enfermedad Renal (Mal De Los Riñones)	0	0	0	0	0
Alcoholismo	1	1.67%	10	0	0
Otra Enfermedad	15	25%	0	14	93.33%

Tabla 6 Antecedentes personales patológicos de otras enfermedades

Antecedentes personales patológicos de otras enfermedades de adultos mayores hipertensos que asisten al Hospital Enrique Aguilar Cerrato.

Patología	Numero	Porcentaje	Está en tratamiento	Están en tratamiento (%)
EPOC	8	53.33	8	100
Insuficiencia venosa	3	20	2	66.66
Osteoporosis	2	13.33	2	100
Hipotiroidismo	1	6.66	1	100
Neuropatía Diabética	1	6.66	1	100

Examen Físico

Índice de masa corporal

Tabla 7 Presión Arterial Sistólica

En cuanto a la presión arterial Sistólica los rangos encontrados son así:

Presión sistólica	Numero de entrevistados	Porcentaje
90mmHg	2	3.33%

100mmHg	4	6.67%
110mmhg	3	5%
120mmHg	12	20%
130mmHg	11	18.33%
140mmHg	13	21.67%
150mmHg	4	6.67%
160mmHg	4	6.67%
170mmHg	2	3.33%
180mmhg	5	8.33%
total	60	100%

Tabla 8 Presión Arterial diastólica

En cuanto a la presión arterial diastólica los rangos encontrados son así:

Presión diastólica	Numero de entrevistados	de porcentaje
60mmHg	3	5%
70mmHg	6	10%
80mmHg	27	45%
90mmHg	11	18.33%
100mmHg	11	18.33%
110mmHg	1	1.67%
120mmHg	1	1.67%
total	60	100%

Tabla 9 Hallazgos Patológicos

Dentro de los hallazgos patológicos el 11.66% de los participantes encuestados presenta algunos de los encontrados los cuales se encuentran detallados a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 9

Hallazgos Patológicos	N	% Del Total De AM
Ninguno	53	88.33
Celulitis En Mii	1	14.29%
Hipoacusia Bilateral	2	28.57%
Insuficiencia Venosa	1	14.29%
Lesiones Psoriasis Mii	1	14.29%
Obesidad Tipo II	1	14.29%
Pie Derecho Amputado	1	14.29%

4.1.2 RESULTADOS ESTUDIO DE PREVALENCIA**Tabla 10 Datos Sociodemográficos**

Dentro de los datos sociodemográficos tenemos que 38 (63.33%) son hombres y 22 (36.67%) son mujeres, 59 (98.33) residen en área urbana y 1 (1.67%) en área rural, 51 (85%) saben leer y escribir y 9 (15%) no, 31 (51.67%) son casados, 56 (93.33) viven en casa propia y 33 (55%) fue su ingreso familiar en el último mes menos de un salario mínimo

Tabla 10

Datos Sociodemográficos de los participantes

Aspecto	N	%
Sexo		
• Hombre	38	63.33
• Mujer	22	36.67
Lugar de residencia		
• Urbano	59	98.33
• Rural	1	1.67
Sabe leer y escribir		
• Si	51	85.00
• No	9	15.00
Escolaridad		
• Analfabeto	8	13.33

• Primaria incompleta	21	35.00
• Primaria completa	13	21.67
• Secundaria incompleta	3	5.00
• Secundaria completa	10	16.67
• Universidad	5	8.33
Estado civil		
• Viudo	13	21.67
• Soltero	13	21.67
• Casado	31	51.67
• Unión libre	3	5.00
Tenencia de vivienda		
• Rentada	2	3.33
• Prestada	2	3.33
• Propia	56	93.33
Ingreso familiar en último mes		
• < 1 Sal Min	33	55.00
• 1 sal Min	13	21.67
• Dos o tres Sal Min	9	15.00
• Cuatro a cinco Sal Min	5	8.33
• Seis o más Sal Min	0	0.00

Antecedentes Personales

Tabaquismo:

En el estudio se encontró que de las 60 encuestas aplicadas 17 (28.33%) personas han fumado alguna vez en su vida, actualmente 2(3.33%) sigue fumando, y 7(11.67%) pasa cerca de fumadores.

A su vez refiere 46 (76.67) de los encuestados el uso de Fogón de leña, y 14 (23.33%) no usan fogón. De los 46 entrevistados, 33 (71.74%) tienen el fogón en el interior y 13 (28.26%) en el exterior del hogar.

Sedentarismo:

Con relación al sedentarismo se encontró que 60 (100%) realizan actividad física, de los cuales solamente 23 (38.33) suben gradas diariamente, la mayoría de la distancia caminada oscila 400-600 metros (53%) de la población.

Antecedentes Personales Patológicos

La patología más frecuente en el adulto mayor es la HTA con un 55%, seguida de diabetes mellitus con un 36.67% y dislipidemias con 16.67. En otras enfermedades se encuentra que 3 personas (21.42%) padecen de artrosis. En las patologías encontradas más frecuente el 100% de los participantes se encuentran en tratamiento

Tabla 11

Antecedentes de Enfermedad Coronaria Temprana

En cuanto a los Antecedentes de enfermedad Coronaria temprana, 12 (20%) tiene antecedentes familiares, 4 (33.3%) es por un familiar femenino y 8(66.67) es por un familiar masculino

Tabla 11 Antecedentes personales patológicos de los adultos mayores

Antecedentes personales patológicos de los adultos mayores que residen en zonas de influencia del Hospital Enrique Aguilar Cerrato

Patología	N	% (Del Total De Am)	Promedio De Tenerla Años	Están En Tx N	% (Del De Con La Patol)	Total Am La
Diabetes Mellitus ("Azúcar En La Sangre")	22	36.67	9.04 Años	22	100	
Dislipidemia ("Colesterol Y/O Triglicéridos Altos")	10	16.67	1.62 Años	5	50.00	
Obesidad ("Gordura")	4	6.67	11.67 Años	1	25.00	
Infarto	5	8.33%	3.6 Años	4	80.00	

Miocardio ("Ataque Corazón Angina")	AI O					
Insuficiencia Cardíaca ("Falla Del Corazón")		2	3.33	7.5 Años	2	100
Enfermedad Cerebrovascular ("Derrame")		2	3.33	3 años	1	50.00
Enfermedad Renal (Mal De Los Riñones)		3	5	1.67	3	100
Presión Arterial		33	55.00	8.93	33	100
Otra Enfermedad		14	23.33		9	64.28
Artritis		2	14.28%		2	100
Artrosis		3	21.42%		3	100
Colon Irritable		2	14.30%		2	100
Gastritis Crónica		1	7.14%		1	100
Hiperplasia Prostática		1	7.14%		1	100
Insuficiencia Venosa		2	14.30%		2	100
Osteoporosis		3	21.42%		3	100

Uso de medicamentos

Con relación a los medicamentos prescritos por médico, 4 (6.67%) manifiestan que no toman medicamentos, 44 (73.33%) se tomaron 2-3 medicamentos, luego 12 (20%) manifiestan que tomaron más de 5 medicamentos recetados por médico.

La automedicación en el estudio nos indica que: 40 (66.67%) no tomaron medicamento, 13 (21.67%) tomaron 1-2 medicamentos, y 3 (5%) tomaron de 3-5 medicamentos, y que 4 (6.67%) se tomaron de 7-10 medicamentos

Alcoholismo

De 60 encuestas, 57 (95%) refieren que nunca han consumido bebidas alcohólicas, 2 (3.33%) una o menos veces al mes y 1 (1.67%) 2-4 veces. En

cuanto a los que han consumido bebidas alcohólicas, 1 refieren que sus familiares se preocuparon por el consumo de bebidas, pero no en el último año.

Examen Físico

Presión arterial y arritmias

Tabla 12 Presión Arterial Sistólica

En cuanto a la presión arterial Sistólica los rangos encontrados son así:

Presión sistólica	Numero de entrevistados	Porcentaje
100mmHg	6	10%
110mmHg	3	5%
120mmhg	18	30%
130mmHg	8	13.33%
140mmHg	13	21.67%
150mmHg	6	10%
160mmHg	2	3.33%
170mmHg	1	1.67%
200mmHg	3	5%

Total	60	100%
--------------	----	------

Tabla 13 presión Arterial Diastólica

Los datos encontrados en la presión diastólica:

Presión diastólica	Numero de entrevistados	porcentaje
60mmHg	7	11.67%
70mmHg	15	25%
80mmHg	15	25%
90mmHg	13	21.67%
100mmHg	9	15%
120mmHg	1	1.67%
total	60	100%

Evaluación nutricional

Porcentaje de peso normal 30 (50%) de los encuestados, en sobrepeso se encontraban 13(21.66%) en obesidad grado I 8(13.33%) de los encuestados y en obesidad grado II, 4 (6.66%) de la población encuestada.

Tabla 14 Resultados de estado de nutrición de los participantes

Resultados de estado de nutrición de los participantes

IMC (Kg/M2)	Interpretación	Frecuencia	Porcentaje %
Menor 16.0	Desnutrición Severa	0	0%
16.0 - 16.9	Desnutrición Moderada	0	0%
17.0 - 18.4	Desnutrición Leve	0	0%
18.5 - 21.9	Peso Insuficiente	5	8.3%
22.0 - 26.9	Peso Normal	30	50%
27.0 - 29.9	Sobrepeso	13	21.66%

30.0 - 34.9	Obesidad Grado I	8	13.33%
35.0 - 39.9	Obesidad Grado II	4	6.66%
40.0 - 40.9	Obesidad Grado III	0	0%
Mayor O Igual A 50.0	Obesidad Grado IV (Extrema)	0	0%

Tabla 15 Hallazgos Patológicos

Hallazgos patológicos que se encontraron al examen físico los cuales se describen a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 15

Hallazgos patológicos al momento del examen físico de los participantes

Hallazgos Patológicos	N	% Del Total De AM
Edema En Miembro Inferior	1	1.67
Insuficiencia Venosa	1	1.67
Paciente Con hemiplejia unilateral	1	1.67
Soplo Mitral	1	1.67

4.2 DISCUSION Y ANALISIS

4.2.1 Caracterización del AM con HTA atendido en las unidades de salud (INSTRUMENTO 1)

- **Sociodemográfico:**

Sexo

La hipertensión arterial es una enfermedad a nivel mundial que afecta a hombres y mujeres según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial 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%²³ donde encontramos una diferencia mínima entre ambos pero siendo más frecuente en hombres en los datos recolectados se en este estudio de caracterización difiere ya que se encontró que la mayoría eran mujeres.

Escolaridad

La adherencia terapéutica, se atribuye un efecto considerable a cuestiones como la pobreza, el analfabetismo²⁴, en cuanto a este dato que brinda la revista de cuba que nos habla sobre el cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente.

En los datos recolectados se encontró que un buen porcentaje de 31.67% son analfabetas lo cual apoya este dato que el analfabetismo afecta la adherencia terapéutica ya que no todos los pacientes se encontraban controlados y muchos mencionaban “es que no se leer y me confundo” de igual forma también se encontró que un porcentaje muy bajo de 5% llegaron a la universidad distribuyéndose el restante en personas con primarias y secundarias incompletas lo cual no es tan significativo.

Procedencia

El mayor número de entrevistados son del área rural (56.67%) pero que no es mucha la diferencia en cuanto al área urbana (43.33%), tomando en cuenta que la mayoría de la población que se atiende en el centro hospitalario son personas del área rural por la ubicación del mismo¹

Edad

Esta investigación va dirigida para personas mayores de 60 años debido a que esta población es la más vulnerable y la más propensa a padecer dicha patología ya que como nos menciona la revista de medicina interna de México donde hace referencia a la hipertensión en el adulto mayor a que la presión arterial aumenta con la edad debido al proceso de envejecimiento, por incremento en la rigidez de las arterias, el remodelado vascular y por cambios en los mecanismos renales y hormonales.

Por tanto, se espera que se eleve la incidencia de hipertensión arterial en los adultos mayores¹³ por lo cual esta investigación se refuerza más en porque razón estudiar a los adultos mayores en relación con esta patología.

- **Hábitos de riesgo:**

- Tabaquismo**

- En nuestros datos recolectados fue bastante contundente al mostrar que un porcentaje muy bajo de quienes fumaron alguna vez en su vida (18.33%) y que ninguno fuma actualmente lo cual es muy importante ya que es saber sobre este hábito radica en el tratamiento de los pacientes ya que en nuestra bibliografía citada la cual nos menciona que el tratamiento del hipertenso fumador no difiere sustancialmente del hipertenso en general.

Sin embargo, la única especificidad estriba en la necesidad de estimularle a abandonar el hábito tabáquico y ayudarlo en su consecución²⁵ sin embargo en los datos recolectados ninguno de los entrevistados está actualmente en dejar el hábito tabáquico.

- Sedentarismo**

- La gran mayoría de las personas entrevistadas 57 (95%) no son sedentarios lo cual resulta beneficioso para ellos tomando en cuenta de la AHA nos habla sobre tratamiento no farmacológico el que sugiere que el ejercicio aeróbico y de resistencia regular puede ser beneficioso tanto para la prevención como para el tratamiento de hipertensión.¹⁶ sin embargo se encontró que únicamente 3 personas manifestaron que están en inmovilidad total por estar encamadas algo que es difícil de manejar ya que su movilidad depende de otras personas.

- **Comorbilidad y brecha de tratamiento**

En cuanto a comorbilidades más frecuentes se encontró Diabetes Mellitus 36.67% Dislipidemia 21.67%, Infarto Miocardio 10% Obesidad 3.33%, Enfermedad Cerebro-Vascular 3.33% Insuficiencia Cardíaca 1.67%. siendo siempre la más frecuente de comorbilidades asociadas a pacientes hipertensos la diabetes mellitus tipo 2.

Tal y como se cita en la revista costarricense que habla sobre hipertensión arterial y diabetes mellitus, donde habla sobre la hipertensión arterial es una comorbilidad extremadamente frecuente en los diabéticos, afectando el 20-60% de la población con diabetes mellitus²⁶

Lo cual apoya los resultados y no solamente apoya eso ya que habla también que la hipertensión puede estar presente al momento del diagnóstico o aun antes de desarrollarse la hiperglicemia y a menudo es parte de un síndrome que incluye intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, obesidad, dislipidemia y enfermedad arterial coronaria, constituyendo el denominado síndrome metabólico²⁶.

Lo continúa apoyando nuestros resultados ya que la comorbilidad más frecuente la que precedió de diabetes mellitus fueron componentes de síndrome metabólico.

- **Medicamentos usados en HTA en AM**

Se encontró que el 98.33% de los encuestados toman medicamento antihipertensivo actualmente y entre los medicamentos más usados se encuentran: Enalapril (33.89%) siendo el más frecuente tal así como menciona las nuevas guías del 2020 las cuales consideran que el

tratamiento de elección debe de ser la monoterapia en pacientes muy viejos o debiles¹⁶

A parte de sus beneficios cardioprotectores y nefro protectores que este medicamento posee ya que cuando un paciente hipertenso cuenta con más comorbilidades asociadas hacer uso de este resulta beneficioso para ellos.

el siguiente es, Irbesartán (27.11%) este contando con los mismos beneficios que enalapril, el siguiente usado fue Hidroclorotiazida (15.60%) lo cual es contradictorio ya que tenemos que la comorbilidad más frecuente es la diabetes y esta misma guía de acuerdo al tratamiento menciona que al usar diuréticos para el control de la hipertensión arterial se asocian con un aumento del riesgo de diabetes de nueva aparición en pacientes con predisposición¹⁶, esto podría ser por malos manejos que se realizan y que diabetes y la hipertensión arterial estén tan fuertemente relacionadas.

- **Ultima PA**

Ver tabla 7 y tabla 8

Donde se puede observar que entre los rangos más frecuentes fueron 140mmHg sistólica y 80mmHg diastólica por lo que se llega al análisis que no se encuentran actualmente controlados apegándonos a la AHA que habla de presión arterial controlada la meta terapéutica es mantener los pacientes con una PA de 140/90mmHg y de esta forma disminuir los riesgos²⁷.

4.2.2 Prevalencia De HTA en AM (INSTRUMENTO 2)

- **Sociodemográfico**

En cuanto al sexo se encontró que 63.33% eran hombres y el 36.67% mujeres siendo hombres los más encuestados lo cual apoya datos de la bibliografía mencionada la cual menciona en el 2015, 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres tenían HTA³³.

Lo cual si apoya los datos recolectados en zonas de influencia ya que la mayoría de entrevistados fueron hombres aquí surge una gran pregunta en que cual es la razón por la cual difiere en que la atención en el hospital es mayor en mujeres y que los encontrados en las zonas de influencia son hombres.

Muchas veces se logró identificar en este año incluso mencionado por varios profesionales de la salud que la población de esta región suele ser machista lo cual explica porque las mujeres son los que más acuden al centro hospitalario, y que sin embargo los hombres no lo hacen tan habitualmente como las mujeres.

- **Nivel socioeconómico**

En relación al nivel socioeconómico se observó que el 55% de las personas encuestadas tenían de ingreso económico menos de un salario mínimo (8450lps) siendo la mayoría los que contaban con poco ingreso a su hogar y el 21.67% ingresaba a su hogar 1 salario mínimo.

En Intibucá, aunque la mayoría de encuestas son de zona urbana la pobreza de nuestra población es evidente ya que la mayoría de mujeres son amas de casa y su sustento familiar depende del hombre de la familia y de los trabajos que ellos suelen desempeñar los cuales no son

constantes de igual forma son adultos mayores los cuales ya no trabajan y dependen de mensualidades que sus hijos les proveen.

Como nos menciona el dato que brinda la revista de cuba que nos habla sobre el cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente, la cual nos recalca la adherencia terapéutica, se atribuye un efecto considerable a cuestiones como la pobreza o nivel socioeconómico bajo.

Por lo que sería algo común que no se lleguen a encontrar pacientes controlados por su nivel socioeconómico bajo ya que están altamente relacionados como lo menciona la bibliografía.

- **Hábitos de riesgo:**

Tabaquismo

En el estudio se encontró que 17 (28.33%) personas han fumado alguna vez en su vida, actualmente 2(3.33%) siguen fumando, y 7(11.67%) pasa cerca de fumadores.

Donde se observa que es menos de la mitad de encuestados los que algún momento en su vida fumaron y es mínima la cantidad solo 2 personas de los que fumaron, actualmente fuman.

Por lo que la sociedad española nos apoya el tratamiento antihipertensivo para fumadores y no fumadores es el mismo sin embargo tratamiento no farmacológico es orientar a dejar de fumar ya que por todos sus mecanismos el tabaco hace más propensos a desarrollar las complicaciones de la HTA como enfermedad coronaria y cerebrovascular, que son potenciadas por el tabaquismo²⁴

Lo cual no descarta que estas dos personas que aún se encuentran fumando desarrollen una de esas complicaciones las cuales están siendo potenciadas por su hábito tabáquico.

Sedentarismo

Con relación al sedentarismo se encontró que 60 (100%) realizan actividad física, de los cuales solamente 23 (38.33%) suben gradas diariamente, la mayoría de la distancia caminada oscila 400-600 metros (53%).

Lo que resulta beneficioso tanto para la prevención como para el tratamiento de hipertensión.¹⁶ya que hablamos de adultos mayores el caminar resulta beneficioso y en esta parte del estudio de investigación todos los adultos mayores son personas no sedentarias.

- **Antecedentes familiares de ECT**

En cuanto a los Antecedentes de enfermedad Coronaria temprana, 12 (20%) tiene antecedentes familiares, 4 (33.3%) es por un familiar femenino y 8(66.67%) es por un familiar masculino lo cual nos demuestra en la revista de medicina integral sobre hipertensión y riesgo cardiovascular dondemenciona que se encontró que historia familiar de enfermedad cardiovascular, especialmente en edades tempranas de la vida, es un potente predictor de riesgo²⁹

Misma bibliografía que nos habla de distintos genotipos los cuales se relacionan altamente con la incidencia de HTA y también de sus complicaciones cardiovasculares, por lo tanto, en este estudio el que sean el 20% de los participantes resulta algo que apoya esta bibliografía citada.

- **Comorbilidad y brecha de tratamiento**

En cuanto a comorbilidades más frecuentes se encontró Diabetes Mellitus 36.67%, Dislipidemia 16.67% Obesidad 6.67 Infarto Miocardio 8.33% Insuficiencia Cardíaca 3.33%, Enfermedad Cerebrovascular 3.33% Enfermedad Renal 5% siendo esta la menos frecuente donde encontramos en estudios que La HTA es un factor que está relacionado con el inicio del daño renal y al mismo tiempo con su progresión.³⁰

Lo cual nos lleva a la conclusión que muchos de los encuestados no se encuentran en esta etapa de la enfermedad lo sin embargo una mínima población estudiada son pocos los que han desarrollado esta complicación.

La patología menos tratada con un 25% de los pacientes que se encuentran en tratamiento ya que de 4 personas de los cuales han sido diagnosticados con obesidad solo 1 se encuentra actualmente en tratamiento lo cual resulta preocupante ya que el encontrarse en un peso adecuado resulta ser tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial evitando las muchas complicaciones.

Los que se encuentran con adecuado apego al tratamiento son los diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal con un 100%

- **Polifarmacia**

En relación a los medicamentos prescritos por médico, 4 participantes el 6.67% manifiestan que no toman medicamentos siendo la menor cantidad, 44 (73.33%) se tomaron 2-3 medicamentos, luego 12 (20%) manifiestan que tomaron más de 5 medicamentos recetado por el médico.

En esta parte tomando que muchos son hipertensos de difícil manejo o de manejo de HTA resistente lo que necesitan de varios medicamentos para su control como habla la bibliografía, hipertensión arterial resistente

necesita de triple combinación¹⁶ de antihipertensivos y aparte de esto los medicamentos que toman para sus comorbilidades asociadas.

La automedicación en el estudio nos indica que: 40 (66.67%) no tomaron medicamento, 13 (21.67%) tomaron 1-2 medicamentos, y 3 (5%) tomaron de 3-5 medicamentos, y que 4 (6.67%) se tomaron de 7-10 medicamentos siendo estos lineamientos no favorables ya que más del 50% se auto medican.

Sobre automedicación se debe a frecuentes errores de los ancianos al tomar los mismos, ya sea por trastornos de la memoria, la visión o por la presentación incorrecta de los preparados, y si a esto añadimos el mal hábito de auto medicarse²², muchos de nuestros adultos mayores dependen de otras personas la toma de sus medicamentos y muchas veces el sentirse mal de salud los hace automedicarse para sus múltiples sintomatologías las cuales se presentan cuando sus patologías de base no se encuentran controladas.

- **Alcoholismo**

De 60 encuestas, 57 encuestados siendo el 95% refieren que nunca han consumido bebidas alcohólicas siendo la mayoría de los encuestados los que nunca han consumido nunca una bebida alcohólica, 2 de los encuestados siendo el 3.33% una o menos veces al mes y 1 encuestado siendo el 1.67% 2-4 veces al mes representando la mínima población sin embargo se habla de una forma de consumir bebidas alcohólicas de forma no controlada por su frecuencia.

En cuanto a los que han consumido bebidas alcohólicas, 1 refieren que sus familiares se preocuparon por el consumo de bebidas, pero no en el último año como nos menciona en la bibliografía recolectada Moderación

del consumo de alcohol e existe una asociación lineal positiva entre el consumo de alcohol, la presión arterial, la prevalencia de hipertensión y el riesgo de ECV¹⁶.

Por lo tanto, tener el límite diario recomendado para el consumo de alcohol será beneficioso, sin embargo, en el estudio el alcoholismo no es un resultado preocupante que se haya encontrado.

Estado nutricional en cuanto al IMC

IMC entre 22-26.9 con un peso normal 30 (50%), 25 (41.6%) de los participantes en el estudio se encontraban con un IMC no adecuado dividido entre sobrepeso, obesidad grado I, obesidad grado II.

La obesidad es uno de los factores de riesgo modificables para el desarrollo de la hipertensión arterial¹¹ sin embargo una gran parte de la población de adultos mayores se encuentran con una obesidad de larga evolución muchas veces por no ser diagnosticada ni tratada desde la consulta y al momento de captar al paciente, o muchas veces a que el paciente no está educado en esta parte en los factores de riesgo que son modificables.

- **Hallazgos de PA – Prevalencia de HTA**

Ver tabla 12 y tabla 13

Con estos datos recolectados se llega a la observación que la mayoría de los entrevistados se encuentran controlados según la AHA que habla de presión arterial controlada la meta terapéutica es mantener los pacientes con una PA de 140/90mmHg ²⁷. Lo cual fue encontrado en nuestro estudio

V. CONCLUSIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. En cuanto a las características socio-demográficas, clínicas y epidemiológicas del Adulto Mayor con HTA atendido en el Hospital Doctor Enrique Aguilar Cerrato el género prevalente en los entrevistados la mayoría fueron mujeres, son las que más buscan atención médica y asisten a sus centros de salud y hospitalarios y los hombres en menor cantidad.

Se obtuvo resultado que la mayoría de los pacientes encuestados son analfabetos lo que muchas veces puede explicar el poco apego al tratamiento que estos llevan, unos dependen de otras personas que les de sus medicamentos o tienden muchas veces a confundirse de medicamento por la dependencia a terceros.

La mayoría de los pacientes que se encuestaron son del área rural por preferencia de la atención, por la calidez que se brinda en el hospital.

2. Se obtuvo la prevalencia de HTA en el adulto mayor que vive en las zonas de influencia donde se realizó la encuesta se muestran datos que 33 de los adultos mayores encuestados siendo el 55% de la población tomada fue encontrado que padecían de hipertensión arterial de los cuales todos con tratamiento actualmente representando la mayoría. Por lo que se puede concluir que la prevalencia es preocupante ya que la patología se hace mucho más frecuente cuando la edad aumenta incluyendo aquí también estilos de vida de nuestra población estudiada.
3. Entre los factores de riesgo encontrados en la población estudiada se obtuvo que el sobrepeso y obesidad es algo frecuente por lo que se comprueba que la poca educación sobre dieta y alimentación sana no es algo que la población toma en cuenta.

Se concluye que la diabetes tipo 2 es la comorbilidad más frecuente, así mismo varios de los encuestados cuentan con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular. El tabaquismo, el sedentarismo y el abuso del alcohol no es algo frecuente en la población estudiada

4. La brecha de tratamiento de la hipertensión arterial de los adultos mayores se identificó con adecuado apego al tratamiento gracias a que la mayoría consumen sus medicamentos. Sin embargo, teniendo que la comorbilidad más asociada era diabetes mellitus tipo 2, en segundo lugar, se encontró que utilizaban diuréticos para el control de su HTA en esta parte importante resaltar que pacientes que son hipertensos y diabéticos no deben usar diuréticos tipo tiazidas ya que estos hacen que su glucosa no pueda ser controlada adecuadamente y así aumentar su riesgo cardiovascular.

Así mismo se identificó que una patología que se encontraba altamente relacionada era obesidad que, aunque no era tan frecuente los diagnosticados no se encontraban en tratamiento.

5. El estado nutricional de los adultos mayores es de gran importancia, muchos de ellos tienen que ser ayudados por familiares para adquirir sus alimentos porque dependen económicamente y para alimentarse de ellos.

En la comunidad estudiada no se encontraron datos preocupantes ya que 30 de los encuestados con un porcentaje de 50% cuenta con un peso normal siendo ellos la mitad de los encuestados y el de mayor relevancia en el estudio.

continuando por 13 de encuestados que se encuentran en sobrepeso. 8 en obesidad grado I y 4 en obesidad grado 2 y 5 en un peso insuficiente, aunque la mayoría se encuentre en un peso normal es importante siempre recalcar sobre el estado nutricional en los adultos mayores.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Utilizar medios expansivos de educación de salud certificada para llegar al género masculino de población de mayor riesgo de padecer

hipertensión arterial de la población vulnerable (adultos mayores de 60 años) ya que se observa que son los pacientes que más asisten para atención médica a los hospitales en este caso Hospital Enrique Aguilar Cerrato son mujeres ya que nuestra población está poco educada en esta parte por lo que es importante enfocarnos en esto se recomienda al hospital recalcar en esto a CIS y UAPS que atienden la misma población y de esta forma prevenir las complicaciones que la HTA conlleva

2. Se recomienda la educación nutricional de cada médico que evalúa a un paciente hipertenso y diabético ya que con nuestros datos recolectados se observó que la mayoría de nuestra población de adultos mayores no se encuentra con desnutrición, pero si en sobrepeso y llegando hasta obesidad, importante recalcarles los factores de riesgo modificables como la obesidad y sobrepeso y que la buena alimentación y el mantener un estilo de vida saludable no sedentaria también forma parte del tratamiento de la hipertensión ayudando a prevenir las complicaciones de la enfermedad, recalcando que el tratamiento farmacológico es tan importante como el tratamiento no farmacológico.
3. Se recomienda al hospital capacitar a sus médicos para mantener actualizados sobre nuevas bibliografías para dar el tratamiento adecuado cuando tienen comorbilidades asociadas como diabetes mellitus o componentes de síndrome metabólico ya que por medicamentos no adecuados se puede hacer más susceptible a pacientes a desarrollar la comorbilidad más frecuente que es la diabetes mellitus.

Donde se logrará tener un impacto positivo para los pacientes que son atendidos en el hospital, de esta forma se garantizara una atención de calidad hacia el paciente y disminuir las múltiples complicaciones que el padecer de hipertensión arterial conlleva.

4. Durante las entrevistas con los pacientes atendidos en el hospital se detectó que muchos pacientes son de zonas lejanas donde el único centro de salud que se encuentra cerca de su comunidad no se encuentra abastecido y sus medicamentos tienen que ser traídos del hospital Enrique Aguilar Cerrato por lo que esperan el día que le toca su cita en el hospital para abastecerse de sus medicamentos.
por lo que se sugiere al hospital que para evitar que los pacientes lleguen descompensados a sus citas coincidan el día que el paciente acaba sus medicamentos ya que muchos de los que fueron entrevistados se les preguntó si se habían tomado sus medicamentos ese día a lo que contestaban que no que días atrás se habían quedado sin su tratamiento lo que explica porque no se encuentran muchos de ellos controlados en sus citas controles.
5. se recomienda al hospital formar un club de hipertensos esto ayudaría a que el paciente sea capacitado más seguido o tenga más información sobre su patología ya que actualmente la comunidad en general opta por informarse por muchos medios equivocados los cuales obtienen información equivocada que una persona profesional invierta 30 minutos en estos pacientes resultaría positivo para el hospital y la comunidad ya que se lograría disminuir las complicaciones que la enfermedad desarrolla.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. FUNDAGES.. Hospital Dr Enrique Aguilar Cerrato. [En línea].; 2019 [citado 2019 octubre 20]. Disponible en: <http://fundages-heac.com/home.html>.
2. OMS. [En línea].; 2020 [citado 2020 04 09]. Disponible en:<https://www.who.int/topics/hypertension/es/>
3. Rubio Francisco. nuevas guías de american college of cardiology/ american heart association hipertension para el tratamiento de la hipertension. Med Int Mex. 2018 Mar; 34(2).
4. [Internet]. [citado 2020 Jun 15]. Disponible en: <https://www.pinterest.com/pin/353532639470233637/>
5. Franklin SS. Elderly Hypertensives: How Are They Different?. The Journal of Clinical Hypertension. Vol 14, No 11, November 2012.
6. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. Treatment of hypertension inpatients 80 years of age or older. N Engl J Med. 2008; 358:1887–1898.
7. Núñez D, paho. OPS/OMS. Hipertensión. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
8. Petermann F, Durán E, Labraña AM, Martínez MA, Leiva AM, Garrido-Méndez A, et al. Factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión arterial en Chile. Rev méd Chile. 2017 Ago; 145(8): 996-1004.
9. Sans Atxer L. Hipertensión arterial en el anciano. Hospital de barcelona. Nefrología. Elsevier; 2011 Dic; 4(3): 35-44.
10. Pescio S. Hipertensión arterial: clasificación, factores de riesgo, principios terapéuticos. Medwave [Internet]. Medwave; 2001 Ene [citado 2020 Jun 15]; 1(01). Disponible en: </link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1907>
11. Factores de Riesgo [Internet]. [citado 2020 Jun 15]. Disponible en: <http://www.fundacioncardiologica.org/4-Factores-de-Riesgo.note.aspx>
12. Williams B, Mancía G, & Spiering W. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. 2019.

13. Cruz. Aranda J. manejo de la hipertensión en el adulto mayor. *MedInt Mex.* 35(4).
14. (PDF) Hipertensión arterial en el anciano [Internet]. ResearchGate. [citado 2020 Jun 15]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/316324567_Hipertension_arterial_en_el_anciano
15. Documento De Consenso De La Sociedad Española De Hipertensión Arterial-Liga Española Para La Lucha Contra La Hipertensión Arterial SA. Recomendaciones Para La Detección Y El Tratamiento Del Anciano Con Hipertensión Arterial. *Nefrología.* Elsevier; 2007 Jun; 27(3): 270-8.
16. Uger T, Borghi C, Charchar F, & Khan N. 10.1161@HYPERTENSIONAHA.120.15026.pdf [Internet]. 2020 [citado 2020 Jun 15]. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/53nseys3xqi6u1b/10.1161%40HYPERTENSIONAHA.120.15026.pdf?dl=0>
17. IECA e Hipertensión Arterial - ppt descargar [Internet]. [citado 2020 Jun 15]. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/4104335/>
18. Deysy del Rosario. Farmacologiahta-diureticos [Internet]. Salud y medicina presentado en; 00:01:26 UTC [citado 2020 Jun 15]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/DeysydelRosario/farmacologia-htadiureticos>
19. Carga EAL. Enfermera a la Carga: Tipos de diuréticos [Internet]. Enfermera a la Carga. 2017 [citado 2020 Jun 15]. Disponible en: https://enfermeraalacarga.blogspot.com/2017/02/tipos-de-diureticos_14.html
20. Betabloqueantes: ¿cuáles hay y cómo se usan? [Internet]. [citado 2020 Jun 15]. Disponible en: <https://ecocardio.com/documentos/biblioteca-preguntas-basicas/preguntas-al-cardiologo/1113-betabloqueantes.html>
21. López P, Solano M, Solano L. Manual de Fórmulas y Tablas para la

Intervención Nutriológica. 2.^a ed. Vol. 1. McGraw-Hill; 2012. 405 p

22. Rodríguez Y, Romero G. Automedicación y polifarmacia sin control clínico en adultos mayores. 12 de septiembre de 2015;1: 1-2. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/automedicacion-polifarmacia-adultos-mayores/>
23. Núñez D, pahowho. OPS/OMS Honduras - Enfermedades no Transmisibles, se valida el protocolo asistencial | OPS/OMS [Internet]. Pan American HealthOrganization / WorldHealthOrganization. 2018 [citado 15 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1631:taller-de-validacion-de-protocolo-asistencial&Itemid=260
24. PardellAlenta H, Armario García P, Hernández del Rey R. Tabaco, presión arterial y riesgo cardiovascular. Hipertens Riesgo Vasc. 1 de junio de 2003;20(5):226-33. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-tabaco-presion-arterial-riesgo-cardiovascular-S1889183703713877>
25. Martín Alfonso L, Bayarre Veá H, La Rosa Matos Y, Orbay Araña M de la C, Rodríguez Anaya J, Vento Iznaga F, et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. septiembre de 2007 [citado 15 de agosto de 2020];33. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2007.v33n3/10.1590/S0864-34662007000300013/es/>
26. Max Araya A. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. Rev. costarric. cienc. méd vol.25 n.3-4 San José Dec. 2004. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000200007
27. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran

- D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Am Heart Assoc Inc. 2020;11-2. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
28. Eduardo Alegría-Ezquerrea , José R, González-Juanateyb e Isidoro González-Maqueda. Cardiopatía hipertensiva: propuesta de clasificación clínica. RevEspCardiol. 2006;59(4):397-401. Disponible en: <file:///C:/Users/familia/Downloads/13087067.pdf>
29. de la Sierra A, Bragulat E. Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. RevMed Integral. 2001;37(5):197-202. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-hipertension-arterial-riesgo-cardiovascular-10022761>
30. Rafael Santamaría O, Manuel Gorostidi P. Presión arterial y progresión de la enfermedad renal crónica. Vol. 5. Núm 1. Nefrología Basada en la Evidencia. páginas 4-11 (Octubre 2013). Disponibles en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nefroplus-485-articulo-presion-arterial-progresion-enfermedad-renal-X1888970013001180>
31. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei E, Azizi M. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. RevEspCardiol. 1 de febrero de 2019;72(2):160.e1-160.e78. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-comentarios-guia-esc-esh-2018-sobre-articulo-S0300893218306766>
32. Rodrigo T. Monica A. Revista Medica Clínica Las Condes. Objetivos terapéuticos en hipertensión arterial: metas de presión arterial en los diversos subgrupos de hipertensos. Volume 29, Issue 1, January–February 2018, Pages 21-32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300105#:~:text=Por%20otro%20lado%2C%20la%20gu%C3%ADa,o%20ERC%2C%20en%20los%20cuales>

33. Alwan A, Armstrong T, Bettcher D, Branca F, Chisholm D. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Italy: WHO; 2011 [citado 7 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf?ua=

VII ANEXOS

Consentimiento Informado:

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:

DD	MM	AA

Iniciales del Médico en Servicio Social Fecha de la Entrevista

¿Edad en años?:

¿Es elegible para el estudio?

Si	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 tomo 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?

Si	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)

Instrumento 1

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:

Nombre del Médico en Servicio Social:	
--	--

Iniciales del Médico en Servicio
llenado

Fecha de

DD	MM	AA

Social _____

34. Nombre:

1^{er} Nombre

2^{do} Nombre

1^{er} Apellido

2^{do} Apellido

Masculino

Femenino

35. Sexo:

3. Edad en años:

4. Departamento:

5. Municipio / Ciudad:

36. Dirección:

Urbano

Rural

37. Lugar de residencia

38. Total, años de escolaridad:
escribir:

9. Sabe leer y

Sí	No
----	----

10. Años de estudio cursados (marque la opción que corresponde):

Analfabeto	Prim. Incom.	Prtim. Com.	Sec. Incom.	Sec. Com.	Universidad
------------	-----------------	----------------	-------------	--------------	-------------

11. Estado civil (marque la opción que corresponde):

Viudo /a	Soltero /a	Casado /a	Unión libre
----------	------------	--------------	-------------

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

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

40. Año en que le diagnosticaron HTA por primera vez:

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:

Solicitud

Director del Hospital Enrique Aguilar Cerrato
Dr. Ramon Dario Argueta

Reciba de mi parte un cordial saludo deseándole que el éxito y la bendición se apoderen de sus labores diarias.

Me permito acudir a usted para poder exponerle la siguiente situación, en mi condición de médico en servicio social de la UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA (UNITEC) se me solicita como requisito de graduación la realización de una tesis para la cual debo aplicar un instrumento de recolección de datos que me permitan evaluar las condiciones de una muestra de la población de los pacientes en cuanto a hipertensión arterial que llegan a este hospital, por lo que le pido a usted que por favor se me permita colocar este instrumento el cual es una encuesta, a algunos de los pacientes que día a día ingresan a este centro hospitalario.

