

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL**

**TÍTULO DE: ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

**TEMA:**

**MORBILIDAD OCULTA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES  
DE 40 AÑOS Y MÁS. CONSULTORIO “D” CENTRO DE SALUD  
PASCUALES. AÑO 2018.**

**AUTOR:**

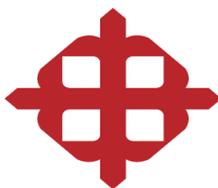
**JAVIER FRANCISCO BRAVO ROMERO**

**DIRECTOR:**

**YUBEL BATISTA PEREDA**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Dr. Javier Francisco Bravo Romero, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, 17 de diciembre, año 2018

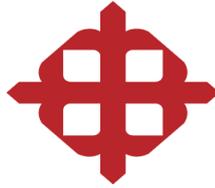
**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

**Dr. Yubel Batista Pereda**

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Javier Francisco Bravo Romero.

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “morbilidad oculta de hipertensión arterial en pacientes de 40 años y más. Consultorio “D” centro de Salud pascuales. Año 2018. Previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

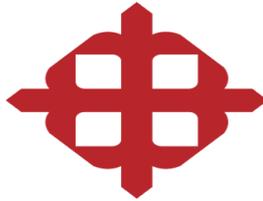
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, 12 de diciembre, año 2018

**EL AUTOR:**

---

Dr. Javier Francisco Bravo Romero



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

**YO, JAVIER FRANCISCO BRAVO ROMERO**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado “morbilidad oculta de hipertensión arterial en pacientes de 40 años y más. Consultorio “D” centro de Salud pascuales. Año 2018. Cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 12 de diciembre, año 2018

**EL AUTOR:**

---

Dr. JAVIER FRANCISCO BRAVO ROMERO

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS DR. BRAVO.docx (D45643200)  
**Submitted:** 12/12/2018 8:46:00 PM  
**Submitted By:** jfbrjbr1974@hotmail.com  
**Significance:** 1 %

### Sources included in the report:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013)

### Instances where selected sources appear:

2

## **1 Agradecimiento**

Agradezco a Dios, quien me ha dado la fuerza necesaria, salud y capacidad intelectual, a mí amada esposa Verónica quien fue y es el pilar necesario de mis metas y apoyo en los momentos más difíciles, a mi hija Nathaly quienes supieron afrontar y asimilar mi nuevo reto que va en bienestar de nuestras vidas.

A mis padres y hermanos los que me incentivaron el deseo y la decisión de continuar con mi meta el cual de todos recibí apoyo psicológico, moral.

## **2 Dedicatoria**

Padre, Hijo y Espíritu Santo de Dios, quienes son los únicos dignos de toda honra, gloria, alabanza y adoración “Nadie más que ellos”.

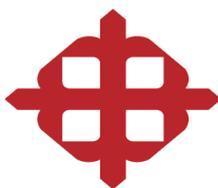
A mis Padres y Hermanos mis razones de superación. A todos los señores(as) que facilitaron la realización de este trabajo, verdaderos constructores de la formación de profesionales. A todos, con gran Amor, gracias.

El presente trabajo va dedicado al ser supremo, porque gracias a él, he logrado concluir mi posgrado, a mi esposa Verónica, por ese apoyo que nunca me dejó de brindar y me dio el impulso de seguir adelante, a mi hija Nathaly Belén que fue y es el motor para esforzarme e inspirarme y continuar luchando para alcanzar nuevas metas hacia el horizonte de una mejor calidad de vida para la población.

A mis familiares, a mi amigos y en especial a Diana Vergara quien ha estado pendiente durante este último año el cual considero la etapa más difícil pero no imposible para culminar esta meta , a los compañeros y colegas, al Dr. Sandro Mero, el amigo infaltable que durante esta trayectoria de esta noble especialidad , que en mis momentos de flaqueza, siempre tuvo una palabra de apoyo para mí, de él aprendí que la fortuna sonríe a los valientes; a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil que me brindó las facilidades para realizar este gran paso y escalar un peldaño más en este gran camino de la vida y culminación de esta mi especialidad.

A mis tutores y en especial el Dr. Yubel que me encaminó a ser mejor profesional y aplicar las normas requerida para tan noble especialidad.

Gracias colaboradores del presente y futuro.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO**  
DIRECTOR DEL POSGRADO

f. \_\_\_\_\_

**ARANDA CANOSA, SANNY**  
COORDINADORA DOCENTE

\_\_\_\_\_

**BATISTA PEREDA, YUBEL**  
OPONENTE



**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**  
**II COHORTE**  
**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

**TEMA:** "MORBILIDAD OCULTA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE 40 AÑOS Y MÁS. CONSULTORIO "D" CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018"

**ALUMNO:** DR. JAVIER FRANCISCO BRAVO ROMERO

**FECHA:**

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

**Lo certifico,**

\_\_\_\_\_  
DR. XAVIER LANDIVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DRA. SANNNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

### 3 ÍNDICE GENERAL

1 AGRADECIMIENTO	VI
2 DEDICATORIA	VII
3 ÍNDICE GENERAL	X
4 ÍNDICE DE TABLAS	XII
5 ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
6 RESUMEN	XIV
7 ABSTRACT	XV
8 INTRODUCCIÓN	2
9 EL PROBLEMA	6
9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento	6
9.2 Formulación	6
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	7
10.1 General	7
11 MARCO TEÓRICO	8
11.1 Marco conceptual	8
11.2 Epidemiología de la hipertensión arterial en Latinoamérica	8
11.3 Etiopatogenia de la hipertensión arterial esencial o primaria	10
11.4 Qué es la presión arterial	13
11.5 Complicaciones de hipertensión arterial	16
11.6 Tratamiento no farmacológico	17
11.7 Enfoque del tratamiento farmacológico de la HTA del adulto mayor teniendo en consideración las comorbilidades y la lesión de órgano blanco.....	18
11.8 Recomendaciones farmacológicas en base a comorbilidades.....	18
11.9 El cuestionario CAGE valoración alcohólico	23
11.10 Prevención	24
11.11 Consejos para ingerir menos cantidad de sodio	25
11.12 Alimentos recomendados para hipertensos	25
12 MARCO LEGAL	27
12.1 Constitución Política de la República del 2008	27
12.2 Ley Orgánica de Salud	28

<i>12 MÉTODOS</i> -----	29
12.1 Justificación de la elección del método -----	29
12.2 Justificación de la elección del método -----	29
<i>13 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</i> -----	30
13.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio. -----	30
13.2 Criterio de Inclusión -----	30
13.3 Criterio de exclusión -----	30
13.4 Procedimiento de recolección de la información -----	30
13.5 Técnicas de recolección de información -----	31
<i>14 VARIABLES</i> -----	32
14.1 Operacionalización de variables -----	32
<i>15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN</i> -----	34
<i>16 CONCLUSIONES</i> -----	45
<i>17 RECOMENDACIONES</i> -----	46
<i>18 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN</i> -----	47
<i>19 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> -----	48
<i>20 ANEXOS</i> -----	50
20.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO -----	50
20.2 ENCUESTA -----	51

#### 4 ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la población según edades de grupos quinquenales y sexo, Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	35
Tabla 2: Distribución de la población según estado civil y sexo Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	36
Tabla 3: Distribución de la población según etnia y sexo, Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	36
Tabla 4: Distribución de la población según ocupación y sexo Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	38
Tabla 5: Distribución de la población según escolaridad y sexo Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	39
Tabla 6: Distribución de la población según valoración nutricional y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	40
Tabla 7: Distribución de la población según práctica de ejercicio físico y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	40
Tabla 8: Distribución de la población según consumo de alcohol y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	41
Tabla 9: Distribución de la población según consumo de café y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	42
Tabla 10: Distribución de la población según tabaquismo y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	42
Tabla 11: Distribución de la población según tipo de alimentación y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	43
Tabla 12 Distribución de la población según consumo de sal y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	43
Tabla 13: Distribución de la población según cifras de presión arterial. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....	44

## **5 ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexos 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	50
Anexos 2: ENCUESTA.....	50

## 6 Resumen

**Antecedentes:** A nivel mundial, la hipertensión arterial presenta una alta incidencia y su prevalencia creciente se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés. El control médico del manejo protocolizado a los pacientes hipertensos depende de diversos factores pero está íntimamente relacionado a las debilidades del sistema de salud. La presente investigación fue realizada en la comunidad San Juan Bautista, dichos usuarios reciben atención en el Centro de salud Pascuales; los cuales fueron visitados para medir la presión arterial y detectar posibles casos no diagnosticados. **Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Se midieron variables cuantitativas y cualitativas. **Resultados:** Los datos más relevantes fueron obtenidos de pacientes que no han llevado un control de salud, que llevan un desorden alimenticio y que el estilo de vida, ayudan a que aparezcan en enfermedades que agravan la salud del usuario como por ejemplo enfermedades crónicas como son hipertensión arterial y entre otras. **Conclusiones:** Se comprueban estilos de vida con malos hábitos alimentarios, sedentarismo, hábitos tóxicos, a esto se le agrega que se encuentra con presión arterial alta acompañado de obesidad y enfermedades sobreañadidas, las cuales pudieran ser causante de estadios patológicos, a esto se le suma la inasistencia controles rutinarios médicos por ende aumenta el índice de morbimortalidad.

**Palabras clave:** MORBILIDAD OCULTA, HIPERTENSION ARTERIAL, OBESIDAD, COMUNIDAD.

## 7 Abstract

**Background:** Worldwide, hypertension has a high incidence and its increasing prevalence is attributed to the increase in population, its aging and risk factors related to behavior, such as unhealthy diet, the harmful use of alcohol, inactivity physical, overweight or prolonged exposure to stress. The medical control of the protocolized management of hypertensive patients depends on several factors but is closely related to the weaknesses of the health system. The present investigation was carried out in the community of San Juan Bautista, users that receive attention at the Pascuales's Health Center; which were visited to measure blood pressure. **Methods** was descriptive, observable, transversal, quantitative and qualitative variables were performed. **Results:** The data obtained and most relevant were or have finished their primary studies; they carry a disorder in the lifestyle accompanied by diseases that aggravate the health of the user. **Conclusions:** In the present investigation, it was determined that the inhabitants of the San Bautista community lead a lifestyle with bad eating habits, sedentary lifestyle, toxic habit, to this it is added that it is found with high blood pressure accompanied by obesity and added diseases, which could be a cause of pathological stages, this is compounded by the routine non-attendance of medical controls thus increasing the rate of morbidity and mortality.

Key words: OCCULT MORBIDITY, ARTERIAL HYPERTENSION, OBESITY, and COMMUNITY.

## 8 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como meta reducir morbilidad oculta de hipertensión arterial en pacientes de 40 años y mas consultorio “d” centro de salud Pascuales.

Todo paciente que llega a la consulta medica es valorado con el manual de normas de hipertension arterial según M.S.P

La hipertensión arterial, constituye una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país y en todo el mundo, por los efectos que ella produce, y constituye el principal factor de riesgo para la aparición de patologías como el infarto agudo de miocardio, los accidentes vasculares encefálicos, insuficiencia renal crónica, además en estos pacientes se produce una curva de tolerancia a la glucosa alterada lo que predispone a la aparición de diabetes mellitus. La hipertensión es el enemigo silente en sus inicios, clínicamente presenta manifestaciones cuando la enfermedad ha avanzado lo suficiente tomando los órganos diana como el cerebro, corazón y riñones, expresándose como cefalea, zumbidos en los oídos, visión borrosa, etc. Este estudio es de tipo prospectivo no experimental realizado en la población de consultorio “D” del Centro de Salud Pascuales, cuyo objetivo es determinar hipertensión oculta arterial en la población de 40 años y más. Para lo cual los datos van a ser obtenidos por la atención directa con el paciente o los pacientes posibles hipertensos; son personas que oscilan de 40 años y más, los factores que influyen en la aparición de esta enfermedad son los hábitos y estilos de vida, como la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos, grasas, así como la ingesta de alcohol, consumo de tabaco, el sedentarismo, obesidad, factor socioeconómico, edad, sexo, raza. Con los resultados obtenidos se dará un diagnóstico del estado actual de la hipertensión arterial en nuestro país y para hacer énfasis en los programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad.

En la zona de Pascuales se presentan un número elevado de personas que son hipertenso y ellos no lo saben, solo van al control médico cuando tienen una dolencia, estas personas llevan una vida desordenada con sedentarismo,

obesidad, con malos hábitos alimenticio, consumen alcohol, tabaco y café, a esto se suman que la mayor parte solo cuentan con educación primaria terminada, no son empleado público, han recurrido a colocar y manejar su propios negocios, hay otro grupos que realizan trabajo que no son remunerado como son los del sexo femenino.

Estos usuarios manejan su propios negocios y trabajan todo el tiempo, no se preocupan de realizar ejercicios, se alimentan en la calle, no consumen vegetales ni frutas todos los días. Es decir que son propensos a problema de hipertensión arterial seguras con muchas otra enfermedades añadidas como son: Rinopatía, Insuficiencia cardíaca, miocardio, Arritmias, muerte súbita, Aneurismas, Pérdida de la visión (retinopatía hipertensiva), Insuficiencia renal crónica. Hemorrágico. Demencia por microinfartos cerebrales. Arterioesclerosis.

También hay otros factores de riesgo como son la edad, raza, antecedentes familiares, tener sobrepeso o ser obeso, estrés entre otros.

Todas estas anomalías citadas conllevan a que el ser humano este en riesgo de morbi-mortalidad de individuo geriátrico.

Este estudio se realizara en el centro de salud Pascuales teniendo como objetivo principal describir la “morbilidad oculta de hipertensión arterial en pacientes de 40 años y mas. consultorio “D” centro de salud pascuales. año 2018.

Esta investigación se realizara finalmente para evitar que aumente el índice de muerte por llevar un estilo de vida desorganizado por no estar periodicamente en controles médico.

Por esta razón se realizará una recolección de datos mediante una entrevista para recolección de datos que se analizará para dar las respectivas conclusiones y recomendaciones.

Para mejorar esta situación se realizará un protocolo de atención y control médico a todos los paciente mayores de 40 años sea de sexo masculino o femenino para orientar a de como mejorar el estilo de vida solo con promoción y prevención de salud.

No sólo las Enfermedades Infecciosas constituyen un problema de salud a nivel mundial, las Enfermedades Crónicas no Transmisibles afectan cada vez más a un mayor número de personas en varios países, las que están asociadas

a factores de riesgos bien conocidos y determinado por el modo y estilo de vida donde se presentan, surgiendo así la necesidad de establecer un Sistema de Vigilancia que permita la observación, investigación e intervención. El Sistema de Vigilancia en Salud debe ser integral y atender al individuo como ser biopsicosocial, la familia y la comunidad, incluido el ambiente y el medio social. Surge a partir de los años 50 en Alemania después de la II Guerra Mundial. En Cuba con la implementación del documento programático OPD-2000, la aparición de enfermedades emergentes y otras reemergentes, el desarrollo e implementación de Programas y Estrategias de trabajo en el MINSAP, son algunos de los factores que condicionaron la necesidad del surgimiento de un Sistema Nacional de Vigilancia en salud (UATS). La Hipertensión Arterial está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económica, social, cultural ambiental y étnica. La prevalencia ha estado en aumento, en el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de personas fallecidas por enfermedades circulatorias, 7.2 millones son por Enfermedades Coronarias del corazón y 4.6 millones por Enfermedad Vascularencéfálica; la Hipertensión Arterial está presente en la mayoría de ellas. La frecuencia de la Hipertensión Arterial aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50 % de la población la padece: En cuanto a su etiología es desconocida en el 95 % de los casos, identificándose como esencial o primaria, el restante 5 % es debido a causas secundarias. 2

Numerosos estudios realizados demostraron su asociación con otras afecciones como la obesidad, los individuos con inactividad física; Diabetes Mellitus de larga duración, el incremento de la ingestión de alcohol, el tabaquismo, la gota, hiperuricemia. Durante el año 1995 se realizó una Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas, ésta corroboró lo que otros estudios territoriales efectuados en Cuba habían encontrado en cuanto a la prevalencia de la Hipertensión Arterial al registrarse un 30.6 %. La prevalencia estimada en nuestro país está alrededor de los 2 millones de hipertensos, no obstante el informe de dispensarizados de hipertensos en 1996 aportó que sólo el 8.8 % de la población adulta estaba bajo este método activo de control, muy lejos de la prevalencia demostrada.

Es de suponer por ello, que una gran masa de hipertensos no están detectados, muchos no tratados y similar cuantía no controlados. La OMS estima que una disminución de 2mm de Hg en la presión arterial media de la población, produce una reducción de 6 % en la mortalidad anual por accidentes cerebro vascular, el 4 % para las cardiovasculares y un 3 % para todas las causas asociadas.

## **9 EL PROBLEMA**

### **• 9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

En el ámbito de la salud la hipertensión arterial es un gran problema a nivel mundial pues no solo afecta a personas adultas sino a muchos jóvenes, debido a los inadecuados estilos de vida, malos hábitos alimenticios como otros factores no modificables, la principal causa es el desconocimiento sobre los factores prevenibles así como las complicaciones que la puedan desencadenar.

La prevalencia de pacientes hipertensos ha aumentado de forma relevante en los últimos años ya que es un problema de salud frecuente y un factor de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares, por lo que se hace necesario brindar cuidados encaminados a mejorar la calidad de vida de los afectados por esta entidad de forma general y en la tercera edad de forma particular.

Se ha evidenciado que a pesar que existe el club de hipertensos, varios de los pacientes no asisten a los controles pertinentes, además mantienen estilos de vida poco saludables, que en varias de las ocasiones es por desconocimiento de los familiares que se encarga de su dieta alimenticia, hacen que sus familiares consuman alimentos no saludables, asociados a ellos la inactividad física, el consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas que afectan a dicha patología, por lo cual mediante la aplicación de estas estrategias educativas encaminadas a mejorar los estilos de vida y hábitos alimenticios de pacientes hipertenso, se podrá mejorar la participación de los pacientes y familiares para disminuir los riesgos que producen la hipertensión arterial.

### **9.2 Formulación**

¿Cuál es la morbilidad oculta de hipertensión arterial en pacientes de 40 años y más? Consultorio “D” centro de salud Pascuales. ¿Año 2018?

## **10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **10.1 General**

Describir la morbilidad oculta de hipertensión arterial en pacientes de 40 años y más en el consultorio “D” del centro de salud Pascuales en el año 2018.

### **10.2 Específicos**

Caracterizar la población en estudio según variables sociodemográfica

Identificar los factores de riesgo de hipertensión arterial presentes en la población de estudio.

Determinar la morbilidad oculta de hipertensión arterial en la población de estudio.

## **11 MARCO TEÓRICO**

### **• 11.1 Marco conceptual**

La hipertensión arterial (HTA) en el adulto representa un problema creciente de salud pública, en primer lugar debido a que la expectativa de vida se incrementa en países desarrollados y la tendencia es similar en países en desarrollo, constituyendo el grupo poblacional con el mayor crecimiento proporcional. (1)

La hipertensión arterial constituye una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en nuestro país y a nivel mundial, es un enemigo silente en sus inicios, clínicamente presenta síntomas cuando la enfermedad ha avanzado lo suficiente, afectando órganos principales como el cerebro, corazón, riñones y retina. (1)

Esta enfermedad constituye un principal factor de riesgo que conlleva a la aparición de patologías como infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrales y encefálicos, insuficiencia renal crónica, diabetes y rinopatías, las cuales pueden acarrear a una discapacidad o a la muerte prematura. (2)

### **• 11.2 Epidemiología de la hipertensión arterial en Latinoamérica**

En Latinoamérica ha crecido la expectativa de vida y han cambiado las principales causas de muerte en las últimas décadas. Estos cambios se deben a la disminución de la mortalidad infantil y de la mortalidad por procesos infecciosos inducida por la mejora de las condiciones de vida, el desarrollo de los servicios básicos de agua potable y saneamiento y la instauración exitosa de programas de salud como el (P.A.I.) programa ampliado de inmunizaciones. Sin embargo, el perfil epidemiológico de nuestros pueblos ha cambiado por los nuevos estilos de vida, la aculturación, las dietas con mayor contenido en grasas saturadas y azúcares refinados, el aumento del transporte en vehículos y la progresión geométrica del sedentarismo. La obesidad se ha vuelto un problema real de la región, con el consiguiente incremento de la prevalencia diabetes mellitus de tipo 2 (DM2), de tal forma que las causas de morbilidad y mortalidad más frecuentes se han desplazado

de los procesos infecciosos a las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, como la hipertensión arterial (HTA), que han adquirido gran protagonismo al convertirse en la principal causa de muerte 4,5. El número de hipertensos a nivel mundial es muy grande y se incrementa con la edad. Así, el 50% de la población a los 50 años y el 60% a los 60 años padecen HTA. Estas cifras no son muy diferentes en distintos países de Latinoamérica, como se puede observar en los diferentes estudios epidemiológicos realizados.

Es importante tener en cuenta la alta prevalencia de HTA, ya que al ingresar un paciente al consultorio, por cualquier motivo, debemos plantearnos la posibilidad de que sea hipertenso y medir rutinariamente su presión arterial (PA), más aún si está en sobrepeso, es obeso, diabético o presenta algún otro factor de riesgo cardiovascular. (3).

La hipertensión arterial es la segunda causa de discapacidad en el mundo.

La Hipertensión Arterial, una enfermedad que es el principal factor de riesgo para padecer y morir como consecuencia de un evento cardiovascular de forma prematura y es la segunda causa de discapacidad en el mundo. También es la principal causante de la enfermedad isquémica cardíaca y del accidente cerebrovascular. Otras complicaciones no menos importantes derivadas del mal control de la presión arterial son la cardiopatía dilatada, la insuficiencia cardíaca y las arritmias. La incidencia de la hipertensión se ha duplicado en los últimos 5 años en todos los estratos sociales.

Se estima que entre el 20% y 40% de la población adulta en la Región de las Américas padece hipertensión. A nivel mundial, se estima que de las personas que padecen hipertensión, solo el 57% conoce su condición, el 40,6% recibe tratamiento farmacológico antihipertensivo, pero solo el 13,2% logra cifras de presión arterial controladas. Esta brecha entre el número de hipertensos, el acceso a tratamiento y el logro del control se acentúa en los países de medianos y bajos ingresos que es donde se produce el 80% de la carga atribuida a enfermedades cardiovasculares. La tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg<sup>1</sup>, cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica).

Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta

o elevada. La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma; por ello, se le conoce como el "asesino silencioso". En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre. La (OPS) , (OMS) trabaja con los países miembros y sus socios en mejorar los programas de control de la hipertensión, impulsar políticas que favorezcan la prevención y proyectos que contribuyan la actualización del personal de salud, en especial en el nivel de atención primaria. (4)

En América Latina, el país con la mayor prevalencia de hipertensión es el Ecuador.

Casi ocho millones de personas mueren cada año en el mundo por causa de la hipertensión arterial. El 80% de los casos ocurren en países en vías de desarrollo, según la Sociedad Internacional de Hipertensión (SIH). El estudio advierte que el riesgo aumenta con la edad y el sexo, y que los hombres son significativamente más propensos a contraer la enfermedad. En América Latina, el país con la mayor prevalencia de hipertensión es el Ecuador y la primera causa de muerte es la enfermedad cardiovascular secundaria. Un 46% de la población ecuatoriana tiene hipertensión arterial y, lo triste del asunto es que solamente un 15% de esa población que se sabe hipertensa, tiene un control adecuado de sus cifras de presión arterial. (5)

### • **11.3 Etiopatogenia de la hipertensión arterial esencial o primaria**

El control de la presión arterial (PA) se realiza a través de numerosas vías, entre las que destacan el papel de la vasculatura, del sistema nervioso central (SNC) y del riñón. La PA se mantiene relativamente constante y en niveles considerados normales por la acción de dos tipos de mecanismos denominados: a) de acción rápida y b) de acción lenta.

Los mecanismos de control de la PA de acción rápida se ejercen a través del SNC mediante la regulación de la frecuencia cardiaca (FC). Los baroreceptores, especialmente los arteriales, envían información permanente del estado hemodinámico al SNC, que promueve los ajustes necesarios a

través de los nervios eferentes simpáticos, parasimpáticos y del sistema nervioso autónomo (SNA) para adecuar la PA a los requerimientos del organismo. El SNA actúa sobre corazón, vasos de resistencia y vasos de capacitación.

El sistema nervioso simpático (SNS) promueve vasoconstricción de los vasos de resistencia y de capacitación mediante mecanismos mediados por noradrenalina. El sistema nervioso parasimpático (SNP) utiliza como mediador a la acetilcolina que actúa fundamentalmente sobre el corazón disminuyendo la FC y de forma menos intensa, la contractilidad del miocardio.

Los mecanismos de control de la PA de acción lenta se ejercen principalmente mediante el sistema neuroendocrino, que regula el volumen de líquido extracelular y su distribución en los diversos compartimentos circulatorios. Los riñones mantienen una adecuada presión de perfusión y de excreción de líquidos y sodio mediante la autorregulación del flujo sanguíneo, la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) y la acción de otras sustancias de producción local que controlan el tono vascular. (3)

Las que destaca el óxido nítrico (NO). En estos mecanismos lentos de regulación de la PA, también participan aminas biogénicas como adrenalina, serotonina, histamina, péptidos como vasopresina, endotelina, péptidos natriuréticos, bradicinina y prostaglandinas, especialmente la prostaciclina. En los últimos años se ha documentado el papel fundamental que tiene el endotelio vascular en el control del tono a través de la constante liberación de NO, que tiene una actividad vasodilatadora, antitrombótica y antiaterogénica. La disfunción endotelial por déficit de NO es el punto en el que coinciden todos los factores de riesgo cardiovascular del continuo cardiógeno - vascular y la alteración de la vía L-arginina-NO es el mecanismo básico que induce la vasoconstricción de la HTA esencial.

La hipertensión arterial (HTA) secundaria se presenta habitualmente como una hipertensión resistente en pacientes previamente diagnosticados de hipertensión esencial. Hay algunos datos clínicos que pueden inducir la sospecha de padecer una hipertensión secundaria:

- a) Hipertensión resistente, definida como hipertensión persistente a pesar del uso adecuado de 3 fármacos antihipertensivos de diferentes clases, incluyendo un diurético.
- b) Aumento agudo en la presión arterial en un paciente con valores previamente estables.
- c) Hipertensión en pacientes menor es de 30 años, con historia familiar negativa y ausencia de otros factores de riesgo para hipertensión (por ejemplo, obesidad y raza negra).
- d) Hipertensión maligna o acelerada, definida como aquella que cursa con signos de lesión en órgano blanco (LOB): hemorragias retinianas, edema de papila, insuficiencia cardíaca, trastornos neurológicos o falla renal aguda.
- e) Aparición de hipertensión resistente antes de la pubertad.

Las causas más comunes de hipertensión en los adolescentes son hiperaldosteronismo, apnea del sueño, diabetes y enfermedad renal crónica. (3).

Un consenso realizado por expertos estadounidenses recomienda un nuevo valor para la presión arterial alta, que es sobre 130/80, al implicar un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular. “Lo que cambió sustancialmente es la definición de hipertensión arterial, porque antes se presumía para que una persona fuera declarada hipertensa tenía que tener una presión de 140 o más en la sistólica y/o 90 o más en la diastólica.

Categoría	Sístole	Diástole
Presión arterial normal	<120 mm Hg	<80 mm Hg
Presión arterial elevada	120-129 mm Hg	<80 mm Hg
<b>Hipertensión</b>		
Grado 1	130-139 mm Hg	80-89 mm Hg
Grado 2	≥140 mm Hg	≥90 mm Hg

- **11.4 Qué es la presión arterial**

El corazón es principal motor del cuerpo, que late sin parar para bombear sangre a través de los vasos sanguíneos para el correcto funcionamiento de los órganos. Cada latido, cuando el corazón se contrae, genera presión sistólica. La presión diastólica es la que se puede medir en las arterias, inmediatamente antes de la contracción cardíaca. La presión arterial es la medición de la fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias y se denomina hipertensión cuando los valores exceden lo recomendable.

hipertensión	Medición	Recomendación
Grado 1		
Sin factor de riesgo alto	130 / 80 mm Hg	No usar fármacos y cambio a estilo de vida saludable.
Con factor de riesgo alto	130 / 80 mm Hg	Uso de medicamentos antihipertensivos.
Grado 2	140 / 80 mm Hg	Uso de medicamentos antihipertensivo

Esta nueva definición de hipertensión ha generado debate porque a la mirada de algunos especialistas se estaría medicalizando a la población. El doctor Florenzano explica que el grupo de expertos se preocupó de esto, destacando que es tan importante medir la presión como la estimación del riesgo global de enfermedad cardiovascular (sedentarismo, tabaquismo, obesidad, abuso de alcohol, hipertensión o diabetes). (6)

La hipertensión arterial sistémica, conocida popularmente como presión arterial alta, es una de las enfermedades más prevalentes en el mundo, afectando alrededor de un tercio de la población. La hipertensión puede presentarse en cualquier momento de la vida, inclusive durante el embarazo, pero es mucho más común en la población adulta y en ancianos. Se estima que hasta el 80% de la población con más de 60 años es hipertensa. Uno de

los principales problemas de la presión arterial alta es el hecho de ser asintomática hasta fases muy avanzadas de la enfermedad. No existe un síntoma típico que puede servir como una alarma para estimular la búsqueda por un médico.

Creer que es posible adivinar si la presión arterial está alta o normal con base en la presencia o en la ausencia de síntomas, como dolor de cabeza, cansancio, dolor en el cuello, dolor en los ojos, sensación de peso en las piernas o palpitaciones, etc., es un error muy común. Un individuo que no suele medir su presión arterial simplemente porque no presenta ningún síntoma puede ser hipertenso y no saber. El hecho de que algunas personas tienen dolor de cabeza o malestar solamente cuando presentan presiones arteriales muy elevadas no significa que estos síntomas sirvan de parámetro. Estas mismas personas pueden tener picos de hipertensión asintomáticos y no se dan cuenta de esto.

Es bueno destacar que el dolor aumenta la presión arterial, siendo difícil saber en estos casos si la presión subió por el dolor de cabeza o el dolor de cabeza surgió por la presión alta. Cada individuo adulto debe, por lo menos, una vez cada uno o dos años medir la presión arterial. Si el paciente es obeso, fumador, diabético o tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial, se debe medir la presión con una frecuencia mayor, alrededor de dos veces al año.

Un paciente hipertenso puede presentar momentos en el día en que la presión está dentro o próxima a la franja de normalidad, así como una persona sin hipertensión puede presentar elevaciones específicas de presión arterial debido a factores como estrés y esfuerzo físico. Por lo tanto, no se hace diagnóstico, ni se descarta la hipertensión basado en una única medida. Varios factores pueden alterar la presión arterial de vez en cuando, entre ellos estrés, esfuerzo físico, uso de alcohol, cigarrillos, etc. La mayoría de las personas solamente busca medir la presión después de eventos de estrés emocional o dolor de cabeza, situaciones que por sí solas pueden aumentar los niveles de tensión.

Para hacer el diagnóstico de la hipertensión arterial son necesarias de tres a seis mediciones con resultados altos, realizadas en días diferentes, con un alcance superior a un mes entre la primera y la última medición. De esta

manera se minimizar los factores externos de confusión. El paciente considerado hipertenso es aquél que presenta la presión arterial elevada frecuentemente y durante varios periodos del día.

La hipertensión está asociada con varias enfermedades graves como:

Insuficiencia cardíaca, miocardio, Arritmias, súbita, Aneurismas.

Pérdida de la visión (retinopatía hipertensiva), Insuficiencia renal crónica, hemorrágico, Demencia por microinfartos cerebrales, Arterioesclerosis. (7)

La alta presión tiene muchos factores de riesgo, incluyendo:

La edad es el riesgo de tener presión alta aumenta al envejecer. Hasta la edad mediana temprana, o aproximadamente los 45 años, la presión arterial alta es más frecuente en los hombres. Es más probable que las mujeres presenten alta presión después de los 65 años.

La Raza también contribuye a la presión es particularmente común entre las personas de raza negra, con frecuencia se presenta a una edad más temprana que en las de raza blanca. Las complicaciones graves, como accidentes cerebrovasculares, ataques al corazón, e insuficiencia renal, también son más comunes entre las personas de raza negra. Los Antecedentes familiares La alta presión tiende a presentarse en familias, Tener sobrepeso o ser obeso, Cuanto más peses, más sangre necesitarás para suministrar oxígeno y nutrientes a tus tejidos.

Al aumentar el volumen de sangre circulada por tus vasos, también aumenta la presión sobre las paredes de las arterias, No hacer actividad física, Las personas que no están activas tienden a tener una frecuencia cardíaca más elevada. Cuanto mayor es la frecuencia cardíaca, más deberá trabajar el corazón con cada contracción, y mayor será la fuerza sobre las arterias. La falta de actividad física también aumenta el riesgo de tener sobrepeso, Usar productos de tabaco, Fumar o mascar tabaco no solo hace aumentar tu presión inmediata y temporariamente, las sustancias químicas en el tabaco pueden dañar el tejido que recubre las paredes de las arterias. Esto puede provocar el estrechamiento de las arterias, lo que aumenta la presión arterial. El humo de segunda mano también puede hacer subir la presión.

Demasiada sal (sodio) en tu dieta, demasiada sal en tu dieta puede hacer que el cuerpo retenga líquido, lo que aumenta la presión arterial, Muy poco potasio en tu dieta. El potasio ayuda a equilibrar la cantidad de sodio en tus

células. Si no consumes suficiente potasio en tu dieta, o no retienes suficiente potasio, quizás acumules demasiado sodio en la sangre, Muy poca vitamina D en tu dieta. No hay certeza de si tener una dieta muy baja en vitamina D puede causar alta presión arterial. La vitamina D puede afectar una enzima producida por los riñones que afecta la presión arterial.

Tomar demasiado alcohol. Con el tiempo, tomar mucho alcohol puede dañarte el corazón. Beber más de dos copas por día para los hombres y más de una por día para las mujeres puede afectar la presión arterial, Si tomas alcohol, hazlo con moderación. Para los adultos sanos, esto significa hasta una copa por día para las mujeres de todas las edades y para los hombres mayores de 65 años, y hasta dos copas por día para los hombres menores de 65 años. Una copa equivale a 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, o 1.5 onzas de bebidas alcohólicas destiladas con una graduación de 80 unidades, estrés, altos niveles de estrés pueden provocar un aumento temporario en la presión arterial. Si tratas de relajarte comiendo más, usando productos de tabaco o tomando alcohol, solo vas a aumentar tus problemas con la alta presión arterial.

Algunos trastornos crónicos. Algunos trastornos crónicos también pueden aumentar tu riesgo de alta presión, como enfermedad renal, diabetes, y apnea del sueño, a veces el embarazo también contribuye a la alta presión, Aunque la presión alta es más común entre los adultos, los niños también pueden estar a riesgo. Para algunos niños, la presión arterial alta es causada por los problemas en los riñones o en el corazón. Sin embargo, para una cantidad cada vez mayor de niños, los malos hábitos del estilo de vida, como una dieta poco saludable, obesidad y falta de ejercicio, contribuyen a que tengan la presión arterial alta (8)

- **11.5 Complicaciones de hipertensión arterial**

Las complicaciones más frecuentes e importantes pueden ser:

Agrandamiento del corazón, particularmente el engrosamiento de sus paredes (hipertrofia ventricular), que puede reducir su eficiencia, generar arritmias y, a largo plazo, conducir a la insuficiencia cardíaca, Pérdida de la capacidad del corazón de bombear la sangre que necesita el organismo produciendo insuficiencia cardíaca. En estos casos, el órgano se dilata y

comienzan a aparecer síntomas como fatiga e hinchazón de pies, Deterioro de la función del riñón, que puede llevar a la necesidad de tratamientos como la diálisis o el trasplante renal. Probablemente, el infarto cerebral y la hemorragia intracerebral sean las complicaciones más temidas de la hipertensión arterial.

Si el déficit neurológico dura menos de 24 horas se lo denomina “accidente isquémico transitorio”: son situaciones que -en general- duran menos de 60 minutos pero son predictoras de un futuro accidente cerebro vascular definitivo. De hecho, el 30% de los eventos cerebro vasculares agudos son precedidos por accidente transitorio. Menos conocido es el hecho que por la edad, y acentuado por la hipertensión arterial, muchas personas sufren pequeñas lesiones cerebrales y la degeneración de las fibras del cerebro, que hoy pueden ser detectadas por la Resonancia Magnética Nuclear. Estas lesiones son muchas veces asintomáticas pero su acumulación puede llevar a alteraciones cognitivas importantes. Técnicamente se denominan “infarto lacunar” y “leucoaraiosis” (9).

- **11.6 Tratamiento no farmacológico**

Restringir la sal: la ingesta de 6 g Cl Na lleva a un descenso aproximado de 2-8 mm Hg. Evitar alimentos salados y enlatados, Limitar la ingesta de alcohol a 15 g de alcohol/día o menos, Bajar de peso si el paciente está por sobre un BMI de 25 Kg/m<sup>2</sup> de superficie corporal. Cada 10 Kg de pérdida de peso la PA se reduce 5-20 mm Hg. Incrementar la actividad física. Dieta DASH (frutas, vegetales, bajo contenido graso en especial de ácidos grasos saturados). La sal aumenta más en proporción la Presión Arterial en adultos mayores que en adultos menores. La dieta hiposódica resulta por eso más efectiva en el adulto mayor para el descenso de la PA y los adultos mayores tienen más adherencia a la dieta hiposódica que los adultos menores.

La eficacia para disminuir la mortalidad cardiovascular, los eventos cardíacos mayores y el accidente vascular encefálico, es bastante similar con el uso de los diuréticos,  $\beta$  bloqueantes, y los demás antihipertensivos de primera línea siempre que todos alcancen los objetivos en reducción del valor de presión arterial. La hipotensión postprandial es más frecuente en adultos mayores. Ocurre entre 20 min y 2 horas luego de la ingesta, se asocia a mareos y es causa de síncope su diagnosticado en estadio postprandial, aun así, el

paciente puede ser un hipertenso un hipertenso a quien se le suma este problema (10)

- **11.7 Enfoque del tratamiento farmacológico de la HTA del adulto mayor teniendo en consideración las comorbilidades y la lesión de órgano blanco**

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina I a Angiotensina II. BRA: Bloqueantes de los receptores A-T1 de Angiotensina II. BCCDHP: Bloqueantes de los canales de calcio dihidropiridínicos, y no dihidropiridínicos (BCC no DHP). Los diuréticos a bajas dosis (12.5 a 25 mg/día de hidroclorotiazida), los  $\beta$  bloqueantes, los bloqueantes cálcicos, los IECA, los BRA, reducen la incidencia de enfermedad coronaria (IAM fatal y no fatal), ACV fatal y no fatal, insuficiencia cardíaca, y la muerte cardiovascular) cuando se los compara con placebo o control, La eficacia para disminuir la mortalidad cardiovascular, los eventos cardíacos mayores y el accidente vascular encefálico, es bastante similar para los diuréticos y los beta-bloqueantes, siempre que todos alcancen los objetivos de control tensiona.

- **11.8 Recomendaciones farmacológicas en base a comorbilidades**

Los Pacientes con insuficiencia cardíaca por disfunción sistólica: primera línea para IECA, o, BRA si los primeros no son bien tolerados,  $\beta$ -bloqueantes y diuréticos de asa, y agregado de antagonistas de aldosterona; Pacientes con artropatía periférica: primera línea para BCC, IECA o BRA, diuréticos. Limitar los  $\beta$ -bloqueantes, más aún los no  $\beta$ -1 específicos cardioselectivos de última generación, Pacientes con hipotensión ortostática: considerar las tiazidas. Evitar los  $\alpha$ bloqueantes y BCC. Si es necesario tratar evitar los episodios sincopales, limitando los objetivos según su presencia o ausencia. Los Pacientes con Síndrome Metabólico: considerar IECA, BCC, BRA Evitar  $\beta$ -bloqueantes y tiazidas. Pacientes con incontinencia urinaria: Evitar diuréticos, pacientes con EPOC o asma: evitar  $\beta$ -bloqueantes, más aún los no  $\beta$ -1-cardioselectivos de última generación. Pero en general evitarlos todos, evaluar siempre riesgo/beneficio.

Pacientes con insuficiencia renal: considerar IECA, BRA, y diuréticos de asa. Evitar los antagonistas de aldosterona; pacientes con fibrilación auricular

permanente: considerar los  $\beta$ -bloqueantes, BCC no DHP, IECA, BRA. Pacientes que deben recibir AINES: considerar BCCDHP,  $\beta$ -bloqueantes. El uso de IECA, BRA, bloqueantes de aldosterona o renina en combinación con AINES favorece el empeoramiento de la función renal y la hiperkalemia.

El Pacientes con enfermedad coronaria crónica y estable:  $\beta$ -bloqueantes, IECA y lo demás necesario para normalizar la PA, Pacientes con hipertrofia prostática: Considerar los BCCDHP y los IECA, si deben usarse  $\alpha$ -bloqueantes controlar la presencia de hipotensión ortostática, pacientes con fibrilación auricular recurrente: considerar IECA y/o pacientes con arritmias ventriculares: considerar  $\beta$ -bloqueantes, IECA BRA. Cuidar la hipokalemia que generan los diuréticos, pacientes diabéticos: considerar los IECA y/o BRA, BCC no DHP,  $\beta$ -bloqueantes. La clorpropamida es causa de hiponatremia, las tiazidas pueden elevar la insulino resistencia. 15) Pacientes portadores de osteoporosis: considerar tiazidas y amilorida, fosfato de K en lugar de ClK, evitar la furosemida.

Pacientes con retardos de la conducción A-V y Bloqueos: Evitar  $\beta$ -bloqueantes y BCC no DHP, Pacientes constipados: evitar verapamilo, pacientes con glaucoma: considerar  $\beta$ -bloqueantes y demás necesarios para normalizar la PA.

Pacientes con antecedentes de hiponatremia: evitar tiazidas, más aún en los que reciben inhibidores de la recaptación de serotonina y/o clorpropamida, pacientes con hipertiroidismo asociado con eretismo cardíaco:  $\beta$ -bloqueantes, demás drogas si se requieren para normalizar la presión arterial; pacientes con enfermedad carotídea o antecedentes de ACV: considerar IECA y BCC, pacientes con insuficiencia cardíaca por disfunción diastólica: diuréticos de asa, y demás fármacos según otras comorbilidades, pacientes con aneurisma aórtico:  $\beta$ -bloqueantes y asociación necesaria (IECA, BRA, diuréticos) para llevar la PA al menor nivel bien tolerado.

Paciente hipertenso y gotoso: reemplazar tiazidas por indapamida (prolonga Q-T, precaución si el paciente ingiere litio). Usar demás fármacos para normalizar la PA. Hipertensos con temblor senil, migraña:  $\beta$ -bloqueantes liposolubles (propranolol).

Pacientes con IAM en curso. B-bloqueantes, IECA y/o BRA, según clínica agregar diuréticos. (11)

Sedentarismo es la actitud de un estilo de vida carente de agitación o movilidad. Dicho de otro modo, las personas sedentarias mantienen una baja actividad física y o cognitiva. Teniendo en cuenta que el sedentarismo es uno de los principales factores de riesgo de la salud. Es importante recalcar y entender con precisión que el sedentarismo es en sí una enfermedad que se caracteriza por la poca actividad física. Sin embargo, las sociedades modernas han visto en esta forma de vida un problema que requiere atención médica y estimulación ya que, de este aquejan muchas enfermedades degenerativas. Es así, que una cuantiosa cantidad de estudios médicos han determinado que el sedentarismo es capaz de reducir la esperanza de vida de las personas, en especial aquellas que pasan los 60 años de vida.

Debemos distinguir 2 tipos de inmovilidad en los ancianos: aquellos que lleva una vida sedentaria pero son capaces de moverse con menor o mayor independencia, hablaríamos en este caso de inmovilidad relativa, y aquellos otros que sufren de inmovilidad absoluta, es decir, que no pueden moverse por sí mismos y pasan largas horas en la cama. (12)

Factores que conllevan al sedentarismo en personas adultas de más de 40 años. Factores físicos, el sedentarismo es fuente de otros males, ya que deriva a enfermedades crónicas, mentales y degenerativas como la artrosis, la diabetes de tipo dos, osteoporosis, arterioesclerosis y la hipertensión arterial. Hay que tomar en cuenta que a esto se suma la mala alimentación, agravando las dolencias que no tiene cura definitiva, Falta de conocimiento agrava el problema de una vida sedentaria. Una inmovilidad prolongada hace que se produzcan cambios en los diferentes órganos y sistemas del cuerpo, siendo los más afectados el sistema cardiovascular y el musculo-esquelético. Como consecuencia de esto surgen diversos tipos de complicaciones, las orgánicas, como pueden ser atrofas de la musculatura, úlceras, trombosis, estreñimiento o incontinencia, las psicológicas como trastornos depresivos, o las de tipo social como el aislamiento.

Los Factores psicológicos influyen en la jubilación, una de las crisis consiste en el desplazamiento social y familiar que representa la jubilación. Supone, a menudo, una pérdida económica, además de la privación de estatus social y prestigio. Cada persona vive de modo completamente diferente su jubilación; para algunos supone una liberación y la posibilidad de disponer de tiempo para realizar sus sueños, mientras para otros se convierte en el comienzo de su final, El sentimiento de inutilidad. El deterioro de sus facultades va conduciendo al mayor, inexorablemente, a perder autonomía personal y depender de los demás; esta es la realidad que mayores repercusiones psicológicas tiene para los ancianos, La soledad. Al cumplir años vamos perdiendo a las personas que amamos. El sentimiento de soledad va aumentando progresivamente junto con nuestro temor al futuro social inmediato. El sentimiento de pertenencia social se debe a la necesidad del ser humano de tener raíces, un punto de referencia y de continuidad. No se trata únicamente de una necesidad circunstancial en una etapa particular de la vida, sino de una necesidad fundamental. A partir de cierta edad, es frecuente la presencia de achaques y alteraciones anatómicas, asociadas a molestias, así como de enfermedades de mayor entidad.

Las enfermedades crónicas graves obligan al anciano a limitar de forma importante su ritmo de vida y a seguir un tratamiento continuado, trastornos del sueño. Los problemas del sueño a esta edad pueden producirse por exceso o por defecto debido a un trastorno primario, una alteración ambiental o alguna patología, trastornos de alimentación. Problemas dentales, digestivos o dificultades para metabolizar ciertos alimentos así como el abandono alimentario relacionado con las situaciones de edad o de soledad provocan resultados negativos sobre la nutrición de los mayores.

Enfermedades del sistema óseo. Aparecen los dolores óseos, la deformidad de los huesos en las extremidades, el riesgo elevado de fracturas que limitan la movilidad de los mayores, Enfermedades vasculares y del corazón. Debido al envejecimiento celular de las arterias y a los cambios de la masa muscular de corazón, las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las primeras causas de muerte en la edad avanzada. (13).

Factores que influyen el aumento de la presión arterial Sobrepeso y obesidad. La nutriercis está alterada durante la obesidad, de manera que el peso corporal excesivo disminuye la natriuresis, por lo que hay retención renal de sodio y agua debido a que los obesos tienen un aumento de la insulina (hiperinsulinemia) y a través de un menor flujo de la circulación renal provoca un aumento en la reabsorción tubular de sodio (Na<sup>+</sup>) y agua, causando un aumento del volumen del fluido extracelular y finalmente un aumento de la presión arterial.

La presencia de hipertensión arterial en el obeso confluye frecuentemente con las alteraciones lipídicas, por lo cual añade riesgo a las alteraciones vasculares. (14)

La respuesta al sodio de los individuos es heterogénea, los hipertensos “sensible al sodio” disminuyen la presión arterial en respuesta a la ingesta reducida de sodio; por el contrario, en los hipertensos “resistente al sodio” la presión arterial no cambia de modo significativo al disminuir la ingesta de sodio. La reducción de sodio a no más de 2,4 gr de sodio o 6 gr. de cloruro de sodio por día, puede disminuir la presión arterial en 2 mmHg. El motivo de restringir el sodio se basa en que el volumen del líquido extracelular depende de su contenido sódico. La reducción de dicho líquido se logra disminuyendo las reservas totales de sodio orgánico, lo cual se consigue reduciendo el aporte de sodio dietético. La cantidad de sodio requerida por el organismo diariamente equivale a 400 mg/día, el exceso de este mineral es excretado por los riñones en la orina o con el sudor.

En el consumo de cafeína aumenta en forma directa la tensión arterial, debido al aumento que provoca en la secreción de renina. El exceso de alcohol aumenta la presión arterial y su efecto es mayor a nivel de la tensión máxima. Un consumo de 90 ml de alcohol al día (3 copas) es el umbral para elevar la presión arterial y se asocia con un aumento de 3 mm Hg. Es conveniente no sobrepasar los 30g de alcohol por día, la ingesta total de grasa se relaciona con la obesidad e influye en los principales factores de riesgo para la aterosclerosis. Además, las dietas ricas en grasas aumentan la lipemia

postprandial, asociado con riesgo aumentado de enfermedades cardiovasculares.

- **11.9 El cuestionario CAGE valoración alcohólico**

Según los enunciados para la determinación de si una persona es alcohólica se basan en los cuestionarios de screening son mejores que los test de laboratorio para detectar problemas con el alcohol en poblaciones no seleccionadas. - El cuestionario CAGE fue originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968 para detectar bebedores rutinarios. En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación y posteriormente su fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes medios (hospital, otras áreas clínicas...) y poblaciones<sup>2, 3, 4</sup>. Representa, por tanto, un método eficaz de screening en el abuso de alcohol. - Ha sido también modificado para el screening de abuso de drogas (CAGE-AID) y puede ser incorporado en la historia clínica rutinaria ya que su mayor ventaja es la brevedad. (15)

1.- ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?

2.- Busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso.

3.- ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?

4.- Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo de alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems.

5.- ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?

6.- Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.

7.- ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? (16)

Las Grasas Saturadas son sólidas a temperatura ambiente; la mayoría se encuentran en el reino animal y pocas en el vegetal; estas últimas son el aceite de coco y de palma, y la grasa de cacao, también en productos vegetales

en los que se ha convertido una grasa poliinsaturada en grasa trans por un proceso químico de hidrogenación (Ej. la margarina vegetal). (14).

- **11.10 Prevención**

Llevar una alimentación adecuada desempeña un papel importante en el desarrollo de la hipertensión. Por ello, dentro de una dieta para la hipertensión adecuada, habría que evitar comidas demasiado saladas, no consumir grandes cantidades de alcohol y sobre todo dar esquinazo al sobrepeso, siendo estos los pilares básicos para poder prevenir y evitar niveles elevados de tensión arterial. La sal de mesa es una combinación química de cloro y sodio. Es el sodio el responsable de la subida de tensión en la sangre. También está relacionado con la retención de líquidos en los tejidos del cuerpo aumentando los valores de la presión arterial. Aunque es un alimento indispensable para seguir una dieta equilibrada, es verdad que las necesidades diarias de sodio en nuestro organismo para una persona adulta son dos gramos diarios (cantidad equivalente a una cucharadita de té), según los expertos de la Sociedad Española de Hipertensión. Es importante tener en cuenta que el sodio que consumimos no proviene solamente de la sal de las comidas, sino que está en muchos preparados alimenticios como: Embutidos y carnes curadas, conservas, alimentos precocinados, como pizzas o congelados, Pan.

- **11.11 Consejos para ingerir menos cantidad de sodio**

Cuando cocine, intente utilizar poca cantidad de sal, no ponga el salero en la mesa, evitará así la tentación de echar más cantidad, condimente las comidas con distintas especies como pimienta, hierbas aromáticas, ajo fresco para aumentar el sabor de las comidas, evite consumir latas de conservas y alimentos precocinados, reduzca el consumo de carnes saladas o ahumadas, limite el consumo de los frutos secos, ya que contienen mucho sodio ( cacahuètes, almendras...), evite el consumo de salsas de tomate, ketchup, mostaza o caldos precocinados.

- **11.12 Alimentos recomendados para hipertensos**

Lácteos: leche, cuajada, yogurt, preferiblemente no azucarados, carnes que contengan la menor cantidad de grasa posible, pescados, Huevos, cereales (excepto galletas rellenas, bañadas de chocolate, o con soluciones azucaradas), patatas, legumbres (judías, lentejas, garbanzos), frutas: todas excepto las que están en almíbar, las frutas desecadas o confitadas), bebida: agua, infusiones, zumos, caldos, bebidas refrescantes no azucaradas, grasas: aceite\_de\_oliva de girasol, maíz, soja, etcétera, mantequilla, margarinas (17).

El objetivo del tratamiento es disminuir la presión arterial por debajo de 140/90, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad a causa de las complicaciones cardiovasculares. En hipertensos diabéticos o renales el objetivo es conseguir la PA menos de 130/80 mm Hg. El tratamiento antihipertensivo considera dos componentes importantes: Modificaciones del estilo de vida y Tratamiento Farmacológico. (18).

Protocolo de Atención	niveles		
	I	II	III
Hipertensión Arterial	X	X	X
Realice la Historia clínica geriátrica	X	X	X
Defina la causa de la hipertensión arterial: Primaria o esencial Hipertensión Secundaria: HTA renovascular y parenquimatosa renal, hiperaldosteronismo, feocromocitoma, coartación de la aorta, hipertiroidismo, hipotiroidismo, acromegalia, hiperparatiroidismo, enfermedad de Cushing,	X	X	X
Determine los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: grado de hipertensión, Diabetes mellitus, hipercolesterolemia, edad, tabaquismo.	x	x	x
Determine si existen enfermedades asociadas o lesión de órgano blanco: Enfermedades Cardíaca:, IAM previo, revascularización miocárdica, angina de pecho, hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca . Ictus o accidente cerebro vascular, enfermedad arterial periférica.	x	x	
Solicite los exámenes de laboratorio para diagnóstico y seguimiento	x	x	x
- Recomiende las modificaciones del estilo de vida: reducción de peso, dieta DASH.	x	x	x
Prescriba el tratamiento antihipertensivo de acuerdo a los esquemas establecidos.	x	x	x
Prescriba el tratamiento apropiado en caso de enfermedades asociadas	x	x	x
Mantenga el seguimiento y procure la adherencia al tratamiento.	x	x	x
Transfiera al nivel especializado en caso de complicaciones agudas de órganos blanco			
Escuche y responda atentamente las inquietudes del paciente y familiares			
Brinde apoyo emocional			
Organice grupos de pacientes hipertensos para educación en salud.			

## **12 Marco Legal**

### **• 12.1 Constitución Política de la República del 2008**

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los

servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

- **12.2 Ley Orgánica de Salud**

Art. 6.-numeral 2. Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud”. “Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera”; (5)

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

## **12 MÉTODOS**

### **• 12.1 Justificación de la elección del método**

El propósito de este estudio radica en la detección oportuna de casos ocultos de hipertensión arterial en población de 40 años de edad y más, pertenecientes al consultorio “D” del centro de salud Pascuales en el año 2018; para aumentar la cobertura de atención y disminuir las posibles complicaciones que esta enfermedad silenciosa pudiera afectar.

Se realizó un estudio de acuerdo a los objetivos propuestos y al alcance de la investigación en la población de 40 años de edad y más pertenecientes al consultorio “D” del centro de salud Pascuales en el año 2018; es un estudio observacional, al no existir intervención del investigador, no hubo manipulación de los datos; prospectivo porque la información recogida proviene de una fuente de información primaria, los datos fueron recogidos por el propio autor, de corte transversal, las variables fueron medidas en una sola ocasión y carácter descriptivo por el número de variables a analizar.

### **• 12.2 Justificación de la elección del método**

La importancia de la investigación radica en conocer el grado de eficacia del estudiante de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en mejorar el estilo de vida de los pacientes; explorar la aplicación de las guías clínicas o protocolos de la entidad rectora del sistema de salud y valorar el respectivo control. Estas orientaciones que se mencionan se preestablecen en el enfoque del nuevo modelo de salud de nuestro país que entre sus elementos se determina al servicio de salud como una determinante a ser modificada para mantener la visión de calidad que intenta ofrecer el sistema de salud.

## **13 Diseño de la investigación**

- **13.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.**

La población de estudio está constituida por los pacientes no hipertensos de 40 años y más del consultorio “D” de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales.

- **13.2 Criterio de Inclusión**

Haber manifestado la voluntad de participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

- **13.3 Criterio de exclusión**

Pacientes con discapacidad mental

- **13.4 Procedimiento de recolección de la información**

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de Ética del Ecuador y en la Declaración de Helsinki. Previa firma del consentimiento informado se inició la recolección de datos en el periodo correspondiente de enero a julio del año 2018, anteriormente se elaboró una encuesta por el autor de la investigación que fue revisada por dos expertos, uno de Medicina Familiar y un Bioestadístico, posteriormente se efectuó un estudio piloto con 30 adultos de la población de otro consultorio, para corroborar la adecuación de las respuestas a las preguntas del instrumento. La otra etapa estuvo comprendida por la aplicación de la encuesta previa cita del adulto a la consulta o visita domiciliaria en caso de no acudir a los que además se les midió la presión arterial, el peso y la talla para determinar el estado nutricional.

- **13.5 Técnicas de recolección de información**

Las Técnicas empleadas para recolectar la información

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Etnia	Encuesta
Sexo	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Valoración nutricional	Observación
Sedentarismo	Encuesta
Consumo de alcohol	Encuesta
Consumo de Café	Encuesta
Tabaquismo	Encuesta
Tipo de alimentación	Encuesta
Consumo de sal	Encuesta
Presión arterial	Observación

Los datos se entraron en una hoja de Microsoft Excel y posteriormente se exportaron al programa estadístico SPSS versión 22 para procesar y analizar la información, presentándola de forma resumida en tablas y gráficos.

Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas, números absolutos y porcentos.

## 14 Variables

### • 14.1 Operacionalización de variables

<i>Variable</i>	<i>Indicador</i>	<i>Valor final</i>	<i>Tipo de Escala</i>
Edad	Valores de edad por grupos quinquenales	40 -44, 45 - 49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85 y más	Cuantitativa discreta
Estado civil	Estado civil	Unión libre, Soltero(a), Casado(a), viudo(a), divorciado(a).	Cualitativa nominal
Etnia	Según auto-identificación étnica	Blanco, Negro, Mestizo, Mulato, Afro-ecuatoriano, Indígena.	Cualitativa nominal
Sexo	Sexo biológico	Masculino/Femenino	Cualitativa nominal dicotómica
Ocupación	Perfil ocupacional	Trabajador(a) público, Trabajador(a) privado, Jornalero, Patrón, Cuenta propia, Trabajadora del hogar no remunerada trabajadora no remunerada en otro hogar Ayudante no remunerado Empleada doméstica desempleado Jubilado(a)	Cualitativa nominal
Escolaridad	Nivel terminado	Ninguna, Primaria sin terminar, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Universitaria, Posgrado.	Cualitativa ordinal
Valoración nutricional	Valoración nutricional según índice de masa corporal Menos de 18.5 De 18.5 a 24.9 De 25 a 29.9 30 o más	Bajo peso Normo peso Sobrepeso Obeso	Cualitativa ordinal
Práctica de ejercicios físicos	3 veces por semana o más 30 minutos o más	SÍ NO	Cualitativa nominal dicotómica
Consumo de Alcohol	Según encuesta de Cage	Bebedor social Consumo de riesgo	Cualitativa ordinal

		Consumo perjudicial Dependencia alcohólica	
Consumo de Café	3 tasas o menos al día Más de 3 tasas al día	Normal Excesivo	Cualitativa nominal
Tabaquismo	Consumo de tabaco	Sí No	Cualitativa nominal
Tipo de alimentación	Comer tres veces o más a la semana frutas y vegetales	Saludable No saludable	Cualitativa nominal
Consumo de sal	Gramos por día, Consumo excesivo	Sí No	Cualitativa nominal
Presión arterial	<120 y <80 mm Hg. 120–129 mm Hg. 120 < 80 mm Hg. 130–139 mm Hg. 80 - 90 mm Hg. ≥140 mm ≥90 mm Hg.	Normal Elevada Hipertensión arterial estadio 1. Hipertensión arterial estadio 2.	Cualitativa ordinal

## **15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El análisis de resultados, nos indica; la caracterización de la población según variables demográficas identificando a la población, según edad y sexo así como las manifestaciones clínicas y analíticas, determinando por grupos quinquenales desglosado a partir de los 40 años de edad y más; en los cuales se pudiera desarrollar enfermedad crónica no transmisible de morbilidad oculta de hipertensión arterial. Aquí se complementa con la aplicación de las variables; edad, estado civil, etnia, sexo, ocupación, escolaridad, presión arterial, valor nutricional, sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo, consumo de café, tipo de alimentación, consumo de sal.

Cabe recalcar que dicho estudio está basado en una muestra de 100 encuestas realizadas en la residencia de los usuarios después de realizar el respectivo examen físico y medición de los signos vitales previo a la autorización del consentimiento informado y firmado por el paciente. Este proyecto se lo realizó en habitantes de la Mz. 136, 138, 140, 143 y 147 de cooperativa Asaad Bucarán perteneciente a la parroquia Pascuales del consultorio “D” del servicio de medicina Familiar y Comunitaria, del centro salud pascuales.

**Tabla 1: Distribución de la población según edades de grupos quinquenales y sexo, Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018**

Edad	sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
40 -44	4	8,16	6	11,76	10	10,0
45 -49	7	14,29	7	13,73	14	14,0
50 -54	5	10,20	7	13,73	12	12,0
55 -59	9	18,37	4	7,84	13	13,0
60 - 64	3	6,12	7	13,73	10	10,00
65 - 69	13	26,53	11	21,56	24	24,0
70 - 74	4	8,16	4	7,84	8	8,0
75 - 79	3	6,12	3	5,88	6	6,0
80 años y más	1	2,05	2	3,93	3	3,0
Total	49	100	51	100	100	100.0

Fuente: Encuesta.

En la población en estudio las edades comprendidas entre 65 a 69 años de edad, corresponden el **24** % de la totalidad de los pacientes que es la más numerosa representando la mayoría los masculinos con el **26,53** % seguido de los femeninos con el **21, 56** % y una minoría con los adultos mayores de 80 años y más que representan apenas un **3** % del total de los pacientes. Así se detalla en la tabla N° 1 de la muestra escogida.

**Tabla 2: Distribución de la población según estado civil y sexo  
Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018**

ESTADO CIVIL	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Unión libre	13	34%	17	27%	30	30%
Soltero(a)	8	21%	15	24%	23	23%
Casado(a)	14	37%	28	45%	42	42%
Viudo(a)	3	8%	2	3%	5	5%
Divorciado(a)	0	0%	0	0%	0	0%
Total	38	100%	62	100%	100	100%

Fuente: Encuesta

En esta tabla N°. 2 se observa que de un total de 100 personas estudiadas encontramos que la mayor parte son casados, con un porcentaje de 40 % con un porcentaje 0 para las personas divorciadas.

**Tabla 3: Distribución de la población según etnia y sexo, Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018**

Etnia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Indígena(a)	0	0%	0	0%	0	0%
Afro ecuatoriano(a)	0	0%	0	0%	0	0%
Mulato (a)	0	0%	0	0%	0	0%
Negro(a)	0	0%	0	0%	0	0%
Montubio(a)	2	6%	0	0%	2	2%
Mestizo	33	94%	65	100%	98	98%
Blanco	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

En la distribución Autoidentificación de acuerdo a la etnia encontramos que el que más predomina es la raza mestiza en un 98%, y una minoría la raza blanca con porcentaje 0. Así se demuestra en la tabla N° 3

**Tabla 4: Distribución de la población según ocupación y sexo  
Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

OCUPACIÓN	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Trabajador(a) público	0	0%	0	0%	0	0%
Trabajador(a) privado	0	0%	0	0%	0	0%
Jornalero	1	3%	0	0%	1	1%
Patrón (a)	1	3%	0	0%	1	1%
Cuenta propia	14	42%	19	28%	33	33%
Trabajadora del hogar no remunerado	1	3%	40	60%	41	41%
Trabajador no remunerado en otro hogar	0	0%	1	1%	1	1%
Ayudante no remunerado	0	0%	0	0%	0	0%
Empleada doméstica	2	6%	0	0%	2	2%
Desempleado	12	36%	3	4%	15	15%
Jubilado	2	6%	4	6%	6	6%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

En la tabla N°. 4 se observa que dicha población se dedica a laborar en trabajo del hogar no remunerado con un 41 %, y un 33 % por cuenta propia predominando el sexo masculino en 42 % sobre sexo femenino en un 28%.

**Tabla 5: Distribución de la población según escolaridad y sexo Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

NIVEL ESCOLAR	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Ninguna analfabeto(a)	1	3%	1	2%	2	2%
Primaria sin terminar	2	6%	1	2%	3	3%
Primaria terminada	15	43%	23	35%	38	38%
Secundaria terminada	10	29%	24	37%	34	34%
Bachillerato terminado	6	17%	16	25%	22	22%
Universidad terminada	1	3%	0	0%	1	1%
Posgrado terminado	0	0%	0	0%	0	0%
Total	35	100%	65	100%	100	100%

Fuente: Encuesta

En la tabla N°. 5 podemos observar que el 38 % de la población en estudio tiene primaria terminada sean estos masculino como femenino, seguido a un 34 % de secundaria terminada. Se nota que no posee nadie un posgrado representando el 0 %.

**Tabla 6: Distribución de la población según valoración nutricional y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

VALORACIÓN NUTRICIONAL	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Bajo Peso	0	0	1	2	1	1
Normopeso	10	28	19	30	29	29
Sobre Peso	21	58	27	42	48	48
Obesidad	5	14	17	27	22	22
Total	36	100	64	100	100	100

Fuente: Encuesta

En la tabla N° 6 se considera el IMC de los 100 pacientes estudiados, se observa que el porcentaje más alto es en sobrepeso, y el 1 % en bajo peso, esto nos indica que es antesala para que el paciente tenga riesgos para cursar con hipertensión arterial.

**Tabla 7: Distribución de la población según práctica de ejercicio físico y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Sí	20	<b>56</b>	31	48	51	<b>51</b>
No	16	44	33	<b>52</b>	49	49
Total	36	100	64	100	100	100

Fuente: Encuesta

En la tabla N°. 7 podemos apreciar que el 51 % de la población, sí realiza ejercicio físico. En el caso del sexo masculino, predominan los que sí practican ejercicio físico y en el caso del sexo femenino las que no lo practican.

**Tabla 8: Distribución de la población según consumo de alcohol y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

CONSUMO DE ALCOHOL	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
No consume	6	16,7	42	<b>65,6</b>	48	<b>48</b>
Bebedor social	22	<b>61,1</b>	21	32,8	43	<b>43</b>
Consumo de riesgo	5	13,8	1	1,6	6	6
Consumo perjudicial	2	5,6	0	0	2	2
Dependencia alcohólica	1	2,8	0	0	1	1
Total	36	100%	64	100%	100	100%

Fuente: Encuesta

En la tabla N° 8 se considera el consumo de alcohol de los pacientes, los cuales el 48 % no consumen resaltando la mayoría en la población femenina, como bebedor social representa el 43 % siendo la población masculina que la que más consume como bebedor social y una minoría de 1 % como dependencias alcohólica

**Tabla 9: Distribución de la población según consumo de café y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

Consumo de café	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Normal	28	75,7	48	76,2	76	76
Excesivo	9	24,3	15	23,8	24	24
Total	37	100	63	100	100	100

Fuente: Encuesta

En la tabla N° 9 se indican que la población estudiada, indicaron 76% que toman café de una forma normal y un 24 % de una forma excesiva, se nota que el sexo masculino y femenino esta con un consumo casi similar en proporción.

**Tabla 10: Distribución de la población según tabaquismo y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

TABAQUISMO	SEXO				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Si	22	61%	25	39%	47	47%
No	14	39%	39	61%	53	53%
Total	36	100%	64	100%	100	100%

Fuente: Encuesta

En la tabla N°. 10 refleja el porcentaje de que si la población encuestada fuma cigarrillos o tabaco, obteniéndose el siguiente resultado el 53 % dijeron que no consumen, y el 47 dijo que si, cabe recalcar que esta condición también aumenta la posibilidades de riesgos para que paciente tenga hipertensión arterial.

**Tabla 11: Distribución de la población según tipo de alimentación y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

TIPO DE ALIMENTACIÓN	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Saludable	34	94,4	62	97%	96	96%
No saludable	2	5,6	2	3%	4	4%
Total	36	100%	64	100%	100	100%

Fuente: Encuesta

En la tabla N<sup>o</sup>.11 se observa que la mayoría de la población tiene una dieta saludable, este resultado pudiera estar relacionado con que se preguntó con qué frecuencia se consume frutas, y vegetales, mostrando que el 96 % lo consume tres veces o más. No obstante, conocemos que existen otros parámetros para medir una alimentación saludable o no, como el consumo de carnes rojas, alimentos fritos, exceso de carbohidratos, etcétera, lo que no se midió en este estudio.

**Tabla 12 Distribución de la población según consumo de sal y sexo. Consultorio D. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

Consumo excesivo de sal	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Sí	5	14%	6	10%	11	11%
No	32	86%	57	90%	89	89%
Total	37	100%	63	100%	100	100%

Fuente: Encuesta

En tabla N<sup>o</sup>. 12 observamos que predomina la población con un consumo no excesivo de sal la que corresponde con el 89 %. El consumo excesivo de sal, es otra condición para favorecer el aumento de riesgo de hipertensión.

**Tabla 13: Distribución de la población según cifras de presión arterial. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

Presión arterial	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Presión arterial normal	9	25	27	42	36	<b>36</b>
Presión arterial elevada	7	19	10	16	17	17
Hipertensión arterial estadio 1.	12	33	20	31	32	<b>32</b>
Hipertensión arterial estadio 2.	8	22	7	11	15	<b>15</b>
Total	36	100	64	100	100	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 12 se muestra de cómo se desenvuelve la presión arterial de todos los encuestados se observa que el 36 % presentan presión arterial normal, seguido de hipertensión arterial estadio I que representa el 32 %. El estadio 2 se presenta 15 %.

## **16 CONCLUSIONES**

En el estudio predomina la población en la sexta década de la vida, con mayor peso en el sexo femenino, la etnia mestiza, la ocupación trabajadores por cuenta propia y el nivel de escolaridad más frecuente es el de primaria.

Los factores de riesgo encontrados con mayor frecuencia son el sobrepeso, la obesidad, el consumo de sal.

Casi la mitad de la población mostró cifras de presión arterial que permitió clasificarlos como hipertensos.

## **17 RECOMENDACIONES**

Una vez terminado esta investigación, se realizan las recomendaciones que van encaminada a mejorar la atención médica al adulto mayor de 40 años y más en el Centro de salud Pascuales.

A todo el equipo de salud debe poner énfasis a este grupo etario que son el usuario geriátrico, ya que son los que corren el riesgo de morir por un llevado mal estilo de vida.

Se deben brindar charla de nutrición en las comunidades de como alimentarse sanamente.

Se debe incrementar programas de bailoterapia o caminatas en dicho sector acordando con la comunidad los días libres y el horario que se encuentran disponible.

Debe formarse club del paciente con hipertensión arterial y dar cita para ser controlado mensualmente por el equipo de salud y no mandarlos a coger citas, ya que la red de este nuevo sistema se encuentra muy complicado.

Brindar tratamiento con medicinas que da el gobierno porqué ello son de recurso bajo y solo se mantiene con negocio propio. Y no les alcanza para ir a farmacias a comprar.

A los familiares que se hagan responsables de los geriátricos para que no se desmoralicen y tomen el camino más fácil que son alcohol café y tabaco.

## **18 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación se llevó a cabo sin ningún contratiempo, se obtuvo la colaboración del universo de estudio, tanto en el consultorio como en la comunidad.

## 19 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedro Martín Salazar Cáceres 1 a, 2 cARR1, 3 cFOC1, 3 c. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 2016 Enero; vol.27(no.1).
2. Jetón Balarezo DP. Factores predisponentes a hipertensión arterial en adultos de 40 a 65 años de edad, Centro de Salud San Fernando. Cuenca 2016. 2016. Tesis de pregrado.
3. Patricio López-Jaramillo DIMdSCZ. MANUAL PRÁCTICO LASH DE DIAGNÓSTICO. In 978-84942347-9-8 I, editor. EPIDEMIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. España: CADUCEO MULTIMEDIA, S. L.; 2015. p. 5,6.
4. Telegrafo E. Morbilidad oculta de la presión arterial. La hipertensión arterial es la segunda causa de discapacidad en el mundo. 2017 17 de Mayo.
5. Dr. José Luis Cervantes. 'En América Latina, el país con la mayor prevalencia de hipertensión es el Ecuador'. Infomed. 2011-2015. ] Abril; Miembro de la Sociedad Europea, de la Canadiense y de la Americana de Hipertensión.
6. Doctor Fernando Florenzano jdCdCLC. Hipertensión arterial: Nueva definición. Evidencia científica. 2017 5 de diciembre; El Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos.
7. Pinheiro DP. HIPERTENSIÓN ARTERIAL – Síntomas, Causas y Consecuencias. mdsauade. 2018 07 Marzo; sobre salud y enfermedades en portugués y español.
8. Research FfMEa. Factores de Riesgo de Hipertensión arterial. 1998-2018 Mayo. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>.
9. Villamil DA. complicaciones de Hipertension arterial en mayores de 40 años y mas. Hogar y familia. 2014 Marzo; Clarin(Nº: 26044).
10. Berreta DJA. Hipertensión arterial en adultos mayores. Revista Argentina

de Gerontología y Geriatria.,. 18 de mayo de 2017 Mayo; Vol. 31, (Nº 2.): p. 55-56.

11. Dr. Julio Alberto Berreta DDK. Enfoque del tratamiento farmacológico de la htA del adulto mayor teniendo en consideración las comorbilidades y la lesión de órgano blanco. Revista Argentina de Gerontología y Geriatria. 2017 18 Mayo; Vol. 31( Nº 2).
12. Castillo DSBLR. Sedentarismo en personas mayores 40 años y mas. 2017. <https://drusvatifsantivaez.atavist.com/sedentarismo-en-adultos-mayores->.
13. Castillo DSBLR. Sedentarismo en Adultos Mayores. 2017. Factor de Riesgo en la Salud.
14. Rodríguez V. Hipertensión Arterial y Hábitos Alimentarios en Adultos mayores. In Cuba RdeH, editor. revista. Editorial Masson. Barcelona, España.: Universidad Abierta Internacional; 2014. p. 17-19.
15. González LF. Cuestionario CAGE. Screening de alcoholismo. 1974.
16. González LF. Cuestionario CAGE. Screening de alcoholismo. 1974.
17. Natalben W. Alimentos apropiado para personas con Hipertension Arterial. Salud Familiar. 2018; WebConsultas Healthcare, S.A..
18. Montes DMS. Protocolo de atencion del msp para pacientes mayores con problemas de Hipertension arterial. In Montes DMS. tesis de Magister Salud Pública. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014. p. 26-28.

## 20 ANEXOS

- **20.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_  
con CI \_\_\_\_\_, he recibido del Dr. Javier Francisco Bravo Romero, la información sobre la investigación que se encuentra realizando sobre Morbilidad Oculta de Hipertensión Arterial en pacientes de 40 años y más. Consultorio “D” Centro de Salud Pascuales.

Se me ha informado que no se compartirá mi identidad con personas ajenas a la misma, no se me someterá a experimentación y la información que daré se mantendrá en absoluta privacidad. Al mismo tiempo los resultados del estudio podrán ser expuestos y utilizada para fines científicos.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Firma del participante

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

- **20.2 ENCUESTA**

Estimado(a) usuario. Estamos realizando un estudio sobre morbilidad oculta de hipertensión arterial en pacientes de 40 años y más del Consultorio “D” del Centro de Salud Pascuales.

Ésta encuesta es totalmente anónima.

**1.- ¿Qué edad tiene usted?**

a.) \_\_\_\_\_ Años

**2.- ¿Cuál es su sexo?**

a.) Masculino \_\_\_\_\_

b.) Femenino \_\_\_\_\_

**3.- ¿Cuál es su estado civil?**

A.) Unión libre \_\_\_\_\_

b.) Soltero(a) \_\_\_\_\_

C.) Casado(a) \_\_\_\_\_

d.) Viudo(a) \_\_\_\_\_

e.) Divorciado(a) \_\_\_\_\_

**4.- ¿Cómo se identifica usted desde el punto de vista étnico?**

- |                 |       |                         |       |
|-----------------|-------|-------------------------|-------|
| a.) Indígena(a) | _____ | b.) Afro ecuatoriano(a) | _____ |
| C.) Negro(a)    | _____ | d.) Mulato (a)          | _____ |
| e.) Montubio(a) | _____ | f.) Mestizo             | _____ |
| g.) Blanco      | _____ |                         |       |

**5.- ¿Cuál es su ocupación?**

- |  |       |
|--|-------|
| a.) Trabajador(a) público                  | _____ |
| b.) Trabajador(a) privado                  | _____ |
| C.) Jornalero                              | _____ |
| d.) Patrón (a)                             | _____ |
| e.) Cuenta propia                          | _____ |
| f.) Trabajadora del hogar no remunerado    | _____ |
| g.) Trabajador no remunerado en otro hogar | _____ |
| H.) Ayudante no remunerado                 | _____ |
| i.) Empleada doméstica                     | _____ |
| j.) Desempleado                            | _____ |
| k.) Jubilado                               | _____ |

**6.- ¿Qué nivel escolar usted alcanzó?**

- a.) Ninguna (analfabeto(a) \_\_\_\_\_ b.) Primaria sin terminar \_\_\_\_\_  
C.) Primaria terminada \_\_\_\_\_ d.) Secundaria terminada \_\_\_\_\_  
E.) Bachillerato terminado \_\_\_\_\_ F.) Universidad terminada \_\_\_\_\_  
g.) Posgrado terminado \_\_\_\_\_

**7.- Valoración nutricional.**

- a.) Peso \_\_\_\_\_  
b.) Talla \_\_\_\_\_  
C.) I.M.C. \_\_\_\_\_

**8.- ¿Realiza usted, ejercicios físicos?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso de haber respondido sí, diga con qué frecuencia y duración lo realiza:

- a.) Tres veces por semana o más Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
b.) Treinta minutos o más Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**9.- En relación con el consumo de alcohol, responda las siguientes preguntas:**

¿Consumo usted alcohol? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso de haber respondido sí, conteste las siguientes preguntas:

a) ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_.

b) ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_.

c. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_.

d) ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**10.- ¿Bebe café?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso de haber respondido sí, refiera la cantidad que bebe al día:

Cuatro o más tazas de café al día \_\_\_\_\_

Tres tazas o menos al día \_\_\_\_\_

**11.- ¿Fuma usted cigarrillos o tabaco?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**12.- ¿Consume frutas y legumbres?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso de haber respondido sí, refiera la frecuencia con que las consume)

Tres veces por semana o más \_\_\_\_\_

Dos veces por semana o menos \_\_\_\_\_

**13.- ¿Consume mucha sal, usted? (Comidas con mucha sal, uso de sal de mesa).**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**14.- Medición de la presión arterial**

a.) \_\_\_\_\_ MmHg

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Bravo Romero, Javier Francisco**, con C.C: # **1308059367** autor/a del trabajo de titulación: **Morbilidad oculta de hipertensión arterial en pacientes de 40 años y más. Consultorio “D” Centro de salud Pascuales. Año 2018** previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de **Diciembre** de **2018**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Bravo Romero, Javier Francisco**

C.C: **1308059367**



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Morbilidad oculta de hipertensión arterial en pacientes de 40 años y más. Consultorio "d" centro de salud pascuales. Año 2018.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Javier Francisco Bravo Romero		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Yubel Batista Pereda		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	17 de <b>diciembre</b> de <b>2018</b>	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	<b>71</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	<b>Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria y Ciencias de la Salud</b>		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Morbilidad oculta, hipertensión arterial, obesidad, comunidad.		
<p><b>RESUMEN/ABSTRACT</b> <b>Antecedentes:</b> A nivel mundial, la hipertensión arterial presenta una alta incidencia y su prevalencia creciente se atribuye al aumento de la población, al crecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el consumo nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés. El rol médico del manejo protocolizado a los pacientes hipertensos depende de diversos factores que está íntimamente relacionado a las debilidades del sistema de salud. La presente investigación fue realizada en la comunidad San Juan Bautista, dichos usuarios reciben atención en el centro de salud Pascuales; los cuales fueron visitados para medir la presión arterial y detectar posibles casos no diagnosticados. <b>Métodos:</b> Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Se midieron variables cuantitativas y cualitativas. <b>Resultados:</b> Los datos más relevantes fueron obtenidos de pacientes que no han llevado un control de salud, que llevan un estilo de vida alimenticio y que el estilo de vida, ayudan a que aparezcan enfermedades que agravan la salud del usuario como por ejemplo enfermedades crónicas como son hipertensión arterial y diabetes entre otras. <b>Conclusiones:</b> Se comprueban estilos de vida con malos hábitos alimentarios, sedentarismo, hábitos tóxicos, a esto se le agrega que se encuentra con presión arterial alta acompañado de obesidad y enfermedades sobreañadidas, las cuales pudieran ser causante de complicaciones patológicas, a esto se le suma la inasistencia a los controles rutinarios médicos por ende se incrementa el índice de morbimortalidad.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-4-0998490546 - 0991808885	<b>E-mail:</b> jfbrjbr1974@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landivar Varas		
	<b>Teléfono:</b> Teléfono: +593-4-3804600 ext.: 1830 - 1811		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec">xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			