



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

Prevalencia de la hipertensión arterial en los adultos mayores de las salas san antonio, San Vicente y San José del Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil. Desde el 5 de noviembre del 2015 al 1 de febrero del 2016.

AUTORAS:

**Bárbara Oscatid Pin Macías
Carmen Agustina Torres Castro**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTOR (A):

Lic. Mariana Estela Riofrío Cruz

Guayaquil – Ecuador

14 de marzo del 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Bárbara Oscatid Pin Macías y Carmen Agustina Torres Castro** como requerimiento parcial para la obtención del Título de LICENCIADA EN ENFERMERIA.

TUTOR(A)

Lic. Mariana Estela Riofrío Cruz

DIRECTORA DE LA CARRERA

MCs. ANGELA MENDOZA VINCES MGS
DIRECTORA DE LACARRERA

Guayaquil, 14de Marzo del 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**Nosotras, Bárbara Oscatid Pin Macías y Carmen Agustina Torres Castro
DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación: Prevalencia de la hipertensión arterial en los adultos mayores de las salas san antonio, san vicente y san josé del hogar corazón de jesus de la ciudad de guayaquil. Desde el 5 de noviembre del 2015 al 1 de febrero del 2016. previa a la obtención del Título de Licenciada/o en Enfermería ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 14 días del mes de Marzo del año 2016

LAS AUTORAS

Bárbara Oscatid Pin Macías

Carmen Agustina Torres Castro



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Bárbara Oscatid Pin Macías y Carmen Agustina Torres Castro**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Prevalencia de la hipertensión arterial en los adultos mayores de las salas san antonio, san vicente y san josé del hogar corazón de jesus de la ciudad de guayaquil. Desde el 5 de noviembre del 2015 al 1 de febrero del 2016. Cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 días del mes de Marzo del año 2016

LAS AUTORAS

Bárbara Oscatid Pin Macías

Carmen Agustina Torres Castro

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	iii
AUTORIZACIÓN	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	11
1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	12
1.3. OBJETIVOS	13
1.3.1. Objetivo General.....	13
1.3.2. Objetivos Específicos	13
1.4. JUSTIFICACIÓN	14
CAPITULO II	16
2. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES	16
2.1.Definición Hipertensión Arterial.....	16
2.2. Etiopatogenia	16
2.2.1. Hipertensión arterial esencial.....	16
2.2.2. Hipertensión arterial secundaria	16
2.3. Factores de riesgo parahipertensión arterial	17
2.4. MECANISMOS DE DAÑO ARTERIAL.....	18
2.4.1. Flujo pulsátil.....	18
2.4.2. Cambios en las células endoteliales	18
2.4.3. Remodelación y engrosamiento del músculo liso endotelial	19
2.5. Diagnóstico de la hipertensión arterial	19
2.4.2. Métodos de diagnóstico de la hipertensión arterial	19
2.4.3. MEDICION DE LA PRESIÓN ARTERIAL	20
2.4.3.1. Colocación del manguito.....	21
2.4.3.2. Tamaño del manguito.....	21
2.4.3.4. Técnica:.....	22
2.5. Recomendaciones para un correcto auto medido de Presión Arterial en el domicilio.....	26

2.6 Hipertensión Arterial y sus consecuencias	26
2.7. Valoración inicial de la Hipertensión Arterial	27
2.8. Tratamiento de la hipertensión arterial	28
2.9. Hipertensión arterial en situaciones especiales	32
2.10. Hipertensión en el adulto mayor.....	33
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	42
CAPITULO III	43
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN O MATERIALES Y MÉTODOS	43
3.1. Tipo de Investigación	43
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	43
3.2.1. Población	43
3.2.1. Muestra	43
3.2.3. Instrumento de la Investigación.....	43
3.2.4. Tabulación y análisis de datos	43
CAPÍTULO IV	44
CONCLUSIONES	50
REFERENCIAS	51
ANEXOS.....	54

RESUMEN

Uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión arterial dicha enfermedad afecta a más de 1000 millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, además de degenerar algunos órganos del cuerpo humano. Los investigadores calculan que la hipertensión arterial es la causa por la que mueren anualmente 9 millones de personas. (Organización Mundial de la Salud, 2013). Con el objetivo de determinar la prevalencia de hipertensión arterial se realizó este estudio en los adultos mayores asilados en las salas San José, San Vicente y San Antonio del Hogar Corazón de Jesús de Guayaquil, dicha investigación es de tipo descriptivo, documental y transversal con una población de 106 individuos, se identificó características demográficas y hábitos tóxicos. La prevalencia de hipertensión arterial fue de 66%. Para la recolección de datos se utilizó una ficha documental que facilitó la obtención de datos desde la página geriges.com.ec, se encontró que la mayoría tiene más de 85 años de edad y durante su vida han tenido hábitos tóxicos tales como: consumo de alcohol, tabaco y drogas, aumentado así el riesgo cardiovascular en ellos; en cuanto a la dieta no reciben la alimentación adecuada de acuerdo a la patología que padecen. Se recomienda el diseño de un plan para el seguimiento terapéutico con el fin de mejorar la atención y la calidad de vida de los asilados hipertensos.

PALABRAS CLAVES: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO, CONSUMO DE ALIMENTOS, ADULTOS MAYORES, CALIDAD DE VIDA Y PREVALENCIA.

ABSTRACT

One of the key risk factors of cardiovascular diseases is hypertension. This disease affects more than 1000 million people in the world, and can cause heart attacks and strokes. Researchers estimate that hypertension is the cause for which die each year 9 million people. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).Aiming to determine S. The prevalence of hypertension .This study was conducted in older adults in the room asylum San Jose, San Vicente and San Antonio Home Heart of Jesus in Guayaquil, This research is descriptive author, documentary cross with a population of 106 Individuals, identified: demographics, Toxic Habits.

The prevalence of hypertension was 66% of Data Collection for itself used a documentary tab allowed us get the data from geriges.com.ec PAGE revealed that most have room MORE THAN 85 YEARS OF AGE AND Toxic habits have stained as consumption of alcohol, snuff and drugs thus increasing cardiovascular risk in Them; As for the diet without the UN takes strict line pathology sufferers designing UN plan therapeutic monitoring it is recommended in order to improve care for inmates with hypertension of

KEYWORDS: HYPERTENSION, RISK FACTORS, FOOD CONSUMPTION, SENIORS, QUALITY OF LIFE AND PREVALENCE.

INTRODUCCIÓN

Ubicándonos en el siglo XXI, una de las enfermedades que se desarrolla de manera silenciosa y quedía tras día a nivel mundial cobra numerosas vidas, es la hipertensión arterial; por la cual la salud pública de las diferentes naciones para su prevención y tratamiento se enfoca en cambiar estilos de vida hacia lo saludable como base para la mantención y recuperación de la salud. Se conoce que diversos factores de riesgo como el alcoholismo, tabaquismo e inadecuada nutrición, ésta última caracterizada por exceso de grasas saturadas y carbohidratos contribuyen al sobrepeso y posteriormente a la obesidad, sumado a ésta la vida sedentaria que llevan los seres humanos en la actualidad, conllevan al deterioro de la salud manifestándose enfermedades crónicas entre ellas la hipertensión arterial.

Dicha patología según Organización Panamericana de la Salud afecta al 30% de la población adulta cuya tensión arterial sobrepasa los 140/90 mmHg y $\frac{1}{3}$ lo desconoce del mal que padece. La información disponible en algunos países, como en los EEUU, revela que mientras la hipertensión arterial es más frecuente en hombres, a partir de edades superiores a los 65 años (adultos mayores) existe una elevada proporción de mujeres con HTA. También existe una proporción elevada de personas afro-descendientes con hipertensión arterial, que afecta tanto a hombres como a mujeres. Al año, al menos 9,4 millones de individuos fallecen producto de enfermedades cardiovasculares, donde la hipertensión arterial se erige como patología predominante. (PP El Verdadero, 2014)

Para reducir el alto índice de enfermos y el deceso prematuro, el MSP creó el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Con esta iniciativa, las unidades operativas concientizan a la ciudadanía -mediante casas abiertas,

charlas, controles y eventos masivos- sobre cómo evitar estos males. (PP El Verdadero, 2014)

Este estudio es de tipo descriptivo- cuantitativo y de corte transversal, se realizó esta investigación en el Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil durante el año 2015, con el objetivo de determinar la prevalencia de hipertensión en los adultos mayores que residen en el asilo antes mencionado, determinar los principales factores de riesgo y finalmente de acuerdo a los resultados sugerir intervenciones para mejorar la salud en éstas personas.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se conoce La **hipertensión arterial** es una patología que se caracteriza por la elevación de la presión arterial por encima de 139/89 mmHg y en la actualidad es considerada uno de los problemas más importantes que debe resolver la salud pública en las naciones del mundo, dicha enfermedad afecta a casi 1000 millones de personas a nivel del globo terráqueo, por lo general es asintomática pero es fácil de detectar, sin embargo si no es tratado adecuadamente y a tiempo puede devenir en consecuencias letales. Se cree que en los países del primer mundo este mal ha ido en aumento debido al crecimiento económico que origina cambios en los estilos de vida contribuyendo al incremento de la prevalencia de la hipertensión arterial.

En Ecuador, encontramos que el 33.33 % de la población presenta hipertensión arterial. En este caso dado el importante número de asilados que se encuentran afectados con patologías cardiacas dentro del Hogar Corazón de Jesús, consecuencia de estilos de vida inadecuados y el envejecimiento de los que residen en esta institución, en los que la Hipertensión Arterial es la patología más frecuente. Sabiendo que las alteraciones de la fisiología cardiovascular con el envejecimiento normal y las comorbilidades causan diferencias en los problemas cardiacos y en la respuesta a los tratamientos en los pacientes ancianos es necesario conocer cuál es la prevalencia de dicho mal, sus factores de riesgo y los hábitos de la población en estudio. Para lograr los objetivos de la asistencia centrados en el paciente, como el mantenimiento de la independencia y la reducción de los síntomas, es necesario un cumplimiento a cabalidad del tratamiento indicado por los profesionales médicos. Nosotras como futuras profesionales determinamos la necesidad de investigar su prevalencia de una determinada población además de presentar la información obtenida como referencia para posteriores estudios y poder conocer sus factores de riesgo, medios preventivos y tratamientos para así realizar un seguimiento a este

problema mayoritario en las salas de San Vicente, San Antonio y San José en este presente año y poder brindarles los cuidados acordes a su edad y a su patología, de esta manera mejorar la atención y por ende la calidad de vida de los adultos mayores.

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de hipertensión arterial en los adultos mayores de las salas San Antonio, San Vicente y San José del Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil?

¿Qué características demográficas tienen los adultos mayores de las salas San Antonio, San Vicente y San José del Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil?

¿Qué patologías están asociadas a la hipertensión arterial en los adultos mayores de las salas San Antonio, San Vicente y San José del Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son los principales hábitos y factores de Riesgo en los adultos mayores de las salas San Antonio, San Vicente y San José del Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la prevalencia de hipertensión arterial en los adultos mayores de las salas San Antonio, San Vicente y San José del Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar demográficamente adultos mayores de las salas San Antonio, San Vicente y San José del Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil.
- Identificar las patologías asociadas en los adultos mayores de las salas San Antonio, San Vicente y San José del Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil.
- Determinar hábitos y factores de riesgo en los adultos mayores de las salas San Antonio, San Vicente y San José del Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión Arterial, es un problema de salud a nivel mundial, especialmente en los adultos mayores, en Ecuador, dicha enfermedad se ubica dentro de las diez principales causas de morbi - mortalidad; en los asilos ocurre el mismo problema debido a que estas instituciones acogen personas de la tercera edad en las cuales puede ocurrir el infarto agudo de miocardio, accidentes cerebro vasculares e insuficiencia renal crónica. La hipertensión se caracteriza por ser asintomática en los inicios de la enfermedad, clínicamente presenta manifestaciones cuando la enfermedad ha avanzado hasta lesionar ciertos órganos diana como el cerebro, corazón y riñones, manifestando síntomas como: cefalea, zumbidos en los oídos, visión borrosa, etc.

Esta investigación es de suma importancia en el Hogar Corazón de Jesús en la ciudad de Guayaquil, porque a partir de datos del mismo la mayoría de los ancianos ha sido diagnosticado con hipertensión arterial, además son evidentes los signos y síntomas propios de la enfermedad. Las complicaciones se dan porque existe un gran desconocimiento de la enfermedad y además por el deterioro cognitivo propio de la edad se dificulta el seguimiento del tratamiento, por otra parte, determinar los principales factores de riesgo, ayudará a buscar estrategias para mantención y mejoría de calidad de vida. (Aguas N. , 2012)

Con el fin de determinar la prevalencia de la hipertensión en las salas donde residen los ancianos para saber cuántos de los ancianos están cursando por esta enfermedad y poder asistirlos de acuerdo a las necesidades y a la terapéutica indicada para controlar la patología que poseen. Con los

resultados de este estudio, tendremos un punto referencial para que futuros investigadores realicen estudios posteriores con el fin de mejorar la calidad de vida de un grupo de riesgo como son los adultos mayores. (Aguas N. , 2012)

CAPITULO II

2. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

2.1. Definición Hipertensión Arterial

Es el aumento crónico de la presión arterial tanto la sistólica mayor a 140 mmHg y la diastólica mayor a 90mm Hg es preciso decir que en la actualidad se desconoce cuál es la causa específica de dicha enfermedad. Según la OMS es el aumento crónico de la presión arterial sistólica y /o diastólica sobre los parámetros normales. (MD LONGO, 2013)

2.2. Etiopatogenia

La presión que la sangre ejerce sobre la pared de las arterias depende de dos factores: el gasto cardiaco y de la resistencia periférica, estos son determinantes de la presión arterial, y de una serie de factores fisiopatológicos, que resultaran en el engrosamiento de la estructura de la pared arterial o su vasoconstricción funcional. (Sociedad Andaluza de Medicina de Familia, 2014).

Desde la perspectiva etiopatogenica podemos clasificar la HTA en dos grandes grupos:

2.2.1. Hipertensión arterial esencial

Según **Geosalud (2013)**, los casos en los que el incremento de la presión arterial supera el 90% por ello se la considera hipertensión arterial esencial o primaria. Supone un diagnóstico por exclusión. El profesional de la salud asigna este diagnóstico cuando no haya ninguna causa directa de la hipertensión arterial. (Geosalud, 2013)

2.2.2. Hipertensión arterial secundaria

Es cuando se conoce o se identifica la causa específica que precede a la hipertensión arterial. Esta condición puede estar sola o ser un factor asociado con una hipertensión primaria, puede desarrollarse por el consumo o administración de ciertos medicamentos como anticonceptivos

o para otras enfermedades que provocan un incremento de la presión arterial. (Geosalud, 2013)

2.3. Factores de riesgo parahipertensión arterial

- Edad: Se presenta un mayor riesgo de tener HTA a medida que se aumenta la edad. Este riesgo se incrementa a partir de los 35 años.
- Consumo de Sodio: No se encuentra un efecto en el riesgo de HTA según consumo de Sodio
- Obesidad: El riesgo de HTA aumenta acorde con el incremento del perímetro de la cintura, del índice de masa corporal o del peso, con asociación “dosis-respuesta”.
- Actividad física: Es probable que la ausencia de actividad física (sedentarismo) incremente el riesgo de HTA. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Consideramos factores de riesgo a aquellas situaciones condicionantes que pueden ser de características biológicas, físicas, químicas, psicológicas, sociales o culturales que aumentan la predisposición de los individuos a presentar la enfermedad. Dicha predisposición aumenta la posibilidad que las personas presenten hipertensión arterial, por ello es indispensable hacer énfasis en prevenir dicha enfermedad o en su defecto llevar un adecuado manejo y control de la HTA. Se conocen factores de riesgo modificables y factores no modificables a los que las personas estamos expuestos diariamente. (Robles B. H., 2011)

Una de las estrategias empleadas es la prevención en salud primaria dirigida a toda la comunidad y a los grupos de alto riesgo, en la cual el principal objetivo es educar a la población sobre la prevención y control de la hipertensión, signos de alerta, cambios de comportamientos o hábitos dañinos, importancia de apego a la terapéutica médica y dieta saludable. Estas actividades están encaminadas a promover la concientización de los habitantes sobre la patología. (Robles B. H., 2011)

2.4. MECANISMOS DE DAÑO ARTERIAL

2.4.1. Flujo pulsátil

(Sociedad Andaluza de Medicina de Familia, 2014) La sístole produce cierto reflujo de la onda en las arterias que se encuentran rígidas, es decir, aumenta la postcarga y aumenta la velocidad del daño a dichas arterias. es importante tomar en cuenta el componente genético, donde si vincula la presión del pulso y las diversas presiones arteriales en esclerosis, al parecer la reactividad vascular es el trastorno temprano relacionado con el incremento de la actividad simpática. (Sociedad Andaluza de Medicina de Familia, 2014)

Según la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia (s.f.), el aumento del gasto cardiaco se da de manera simultánea al incremento de las resistencias periféricas, por la baja capacitancia venosa producto de la vasoconstricción. En la fase de hipertensión arterial, el patrón hemodinámico se caracteriza por gasto cardiaco normal o disminuido y resistencia periférica altas (Sociedad Andaluza de Medicina de Familia, 2014).

2.4.2. Cambios en las células endoteliales

Las células del endotelio están en la capacidad de responder a estímulos, sintetizan sustancia vasoactivas y factores de crecimiento celular.

Según la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia (s.f.), “el óxido nítrico regula el tono vascular, produciendo una enzimas endoteliales como lo es la óxido nítrico sintetasa”. (Sociedad Andaluza de Medicina de Familia, 2014).

También indica que el NO, modifica la función del riñón produciendo nutrientes al vasodilatar el riñón y disminuir la reabsorción de sales como

el sodio. Al interactuar dichas sustancias se produce un cambio en el tono vascular, significando éste uno de los principales automatismos de control local, y de su normalidad depende el mantenimiento de la presión arterial en condiciones normales.

2.4.3. Remodelación y engrosamiento del músculo liso endotelial

Al disfuncionar la capa endotelial se da una vasoconstricción que facilita la coagulación y la adhesión leucocitaria, de esta manera, la permeabilidad vascular aumenta de tal forma que segrega factores de crecimiento y quimio tácticos. Las lesiones más frecuentes que se producen mediante este mecanismo son: arteriosclerosis hiperplásica o proliferativa, arteriosclerosis hialina de la íntima, aneurismas de Charcot-Bouchard en arterias del cerebro de menor calibre y arteriosclerosis nodular productora de ateromas. (Sociedad Andaluza de Medicina de Familia, 2014)

2.5. Diagnóstico de la hipertensión arterial

El límite entre los parámetros para presión arterial alta y presión arterial normal en realidad es indefinido, por lo tanto no hay riesgo cero, pero se toma como referencia si las presiones arteriales son superiores a 140/90 mm Hg en varias mediciones, por lo menos tres, entonces se diagnostica hipertensión arterial. (Sociedad Andaluza de Medicina de Familia, 2014)

- Medición de la presión arterial: este procedimiento se realiza con un esfigmomanómetro o tensiómetro de mercurio. Debido a la variación de la presión arterial, utilizamos aparatos tecnológicos para valorar la presión arterial del paciente fuera del entorno hospitalario.
- Exámenes de sangre
- Exámenes de orina
- Electrocardiograma. (www.clubensayos.com, 2014)

2.4.2. Métodos de diagnóstico de la hipertensión arterial

En la actualidad están probando varios métodos que pueden ser:

- El ultrasonido abdominal.
- El ultrasonido cardiaco
- La ecografía de carótida.

Centros especializados han implementado la técnica de bioimpedanciastorácica, que además de diagnosticar la hipertensión arterial nos indica la probable causa y facilita a la parte médica elegir la terapéutica más adecuada.

2.4.3. MEDICION DE LA PRESIÓN ARTERIAL

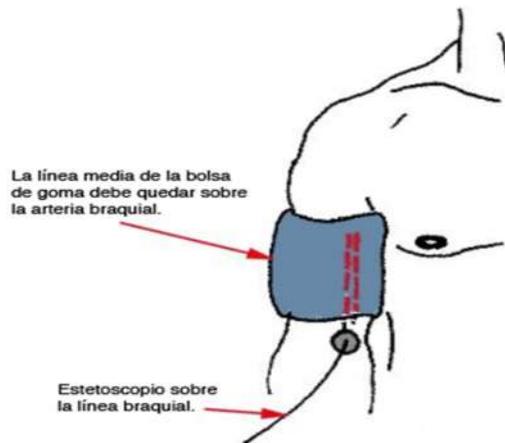
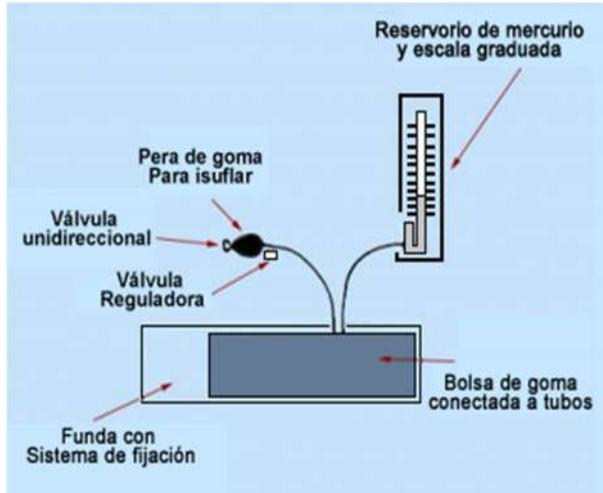
Tal procedimiento es realizado con un tensiómetro. Los de mercurio y los de tipo aneroides son los más conocidos y utilizados en el medio. Tienen un sistema para ejercer presión alrededor del brazo y una escala que permite conocer la presión arterial (Universidad Católica de Chile, 2015).

Los esfigmomanómetros más confiables son los de mercurio, los tensiómetros aneroides, tienen ciertas ventajas, son livianos y portátiles, pero con el tiempo tienden a descalibrarse.

La OMS ha lanzado su campaña para alentar a las personas a medir su tensión arterial en respuesta a la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles, adoptada por los Jefes de Estado y de Gobierno en septiembre de 2011. (Organización Mundial de la Salud, 2013).

2.4.3.1. Colocación del manguito

Esquema: Manómetro de Presión



2.4.3.2. Tamaño del manguito

El tamaño del manguito de ir acorde a del brazo. (Universidad Católica de Chile, 2015) En las personas obesas se debe usar un manguito de mayor medida, caso contrario el valor de la presión arterial no será confiable; lo mismo en niños se debe disponer de manguitos más pequeños (Universidad Católica de Chile, 2015).

2.4.3.3 Técnica estándar para medir la presión arterial.

2.4.3.4. Técnica:

- Establecer primero la Presión Arterial Sistólica por palpación de la arterial radial Inflar el manguito 20 mmHg por encima de la presión sistólica estimada.
- Desinflar a ritmo de 2-3 mmHg/segundo.
- Si los ruidos son débiles, indicar al paciente que eleve el brazo, que abra y cierre la mano 5-10 veces, después insuflar el manguito rápidamente.
- Ajustar a 2 mmHg, no redondear las cifras a 5 o 10 mmHg. (Guía Española de la Hipertensión Arterial, 2013).

2.4.3.5. Medidas: (<http://www.seh-lelha.org>)

- Dos mediciones mínimo; realizar tomas adicionales si la presión varía > 5 mmHg.
- En caso de diagnóstico: tres series de mediciones en semanas diferentes, debemos medir en los brazos la primera vez.
- En adultos mayores: hacer una toma en ortostatismo , dejar pasar 1 min en bipedestación
- En adultos jóvenes: medir la presión arterial en zona poplítea (Guía Española de la Hipertensión Arterial, 2013).

Tabla 1. Clasificación y manejo de la PA en adultos

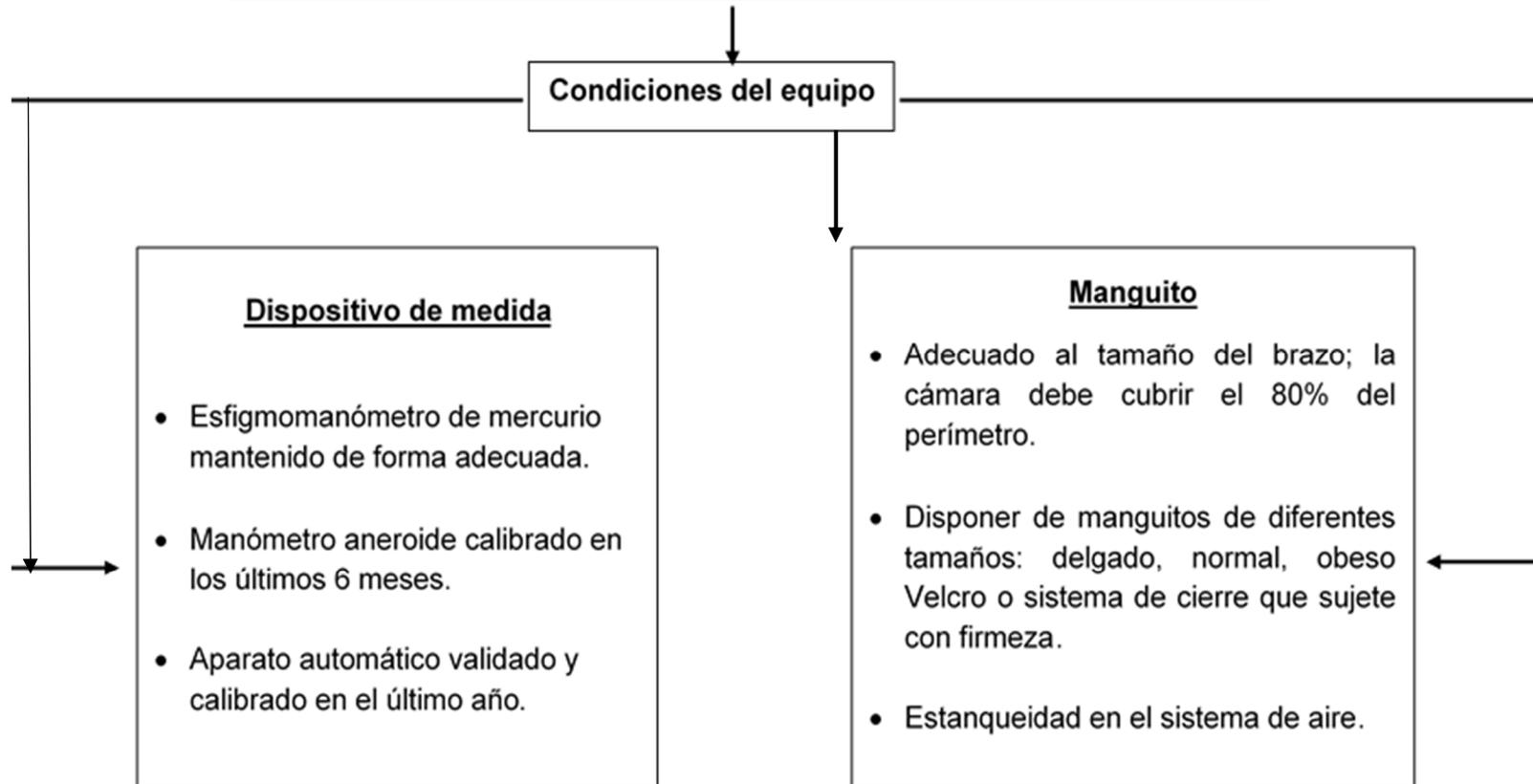
Clasificación PA	PAS* mmHg	PAD* mmHg	Estilos de Vida	Inicio Terapia	
				Sin indicación clara	Con indicación clara (ver Tabla 8)
Normal	<120	y < 80	Estimular	No indicado tratamiento farmacológico	Tratamiento Indicado***
Prehipertensión	120- 139	ó 80- 89	Sí	Tiazidas en la mayoría. Considerar IECAs, ARA II, BBs, BCC ó combinaciones	Fármacos según las indicaciones presentes***. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAs, ARA II, BBs, BCC)
HTA: Estadio 1	140- 159	ó 90- 99	Sí	Combinación dos fármacos en la mayoría** (usualmente tiazídicos, IECAs, o ARA II, BBs ó BCC)	según sea necesario
HTA: Estadio 2	>160	ó >100	Sí		

* Tratamiento determinado por la elevación de la PA

** La terapia combinada inicial debe usarse con precaución cuando exista riesgo de hipotensión ortostática

***Tratamiento en enfermedad renal crónica o diabetes con objetivo PA <130/80 mmHg

TÉCNICA ESTÁNDAR PARA MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL



TÉCNICA ESTÁNDAR PARA MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL

Desarrollo de la medida

Colocación del manguito

- Seleccionar el miembro superior con presión arterial más elevada.
- Ajustar sin holgura y sin que comprima.
- Retirar prendas de vestir que compriman el brazo.
- Dejar libre la fosa ante cubital, para que no toque el fonendoscopio
- El centro de la cámara debe coincidir con la arteria braquial.
- El manguito debe quedar a la altura del corazón, no así el aparato que debe ser bien visible para el explorador.

2.5. Recomendaciones para un correcto auto medido de Presión Arterial en el domicilio.

De acuerdo a lo indicado por , algún as personas pueden presentar diferentes medidas de presión arterial dependiendo del lugar donde se realicen las tomas, en dichos pacientes hay que tomar las siguientes precauciones para saber cuál es la presión real:

1. Se debe utilizar un dispositivo que mida la presión arterial en el brazo y no en la muñeca, debe estar validado por expertos en el tema.
2. Se debe dar mantenimiento a dichos dispositivos por lo menos una vez en el año.
3. la persona debe estar tranquila y en reposo cuando se realice la medición de la presión arterial.
4. La medida de la presión arterial de preferencia se realiza en la mañana, en ayunas.
5. el número de mediciones lo indica el personal de salud, por lo general una vez a la semana está bien.
6. Debe llevar un registro de todas mediciones realizadas y mostrar en el centro de salud más cercano dichas anotaciones.
8. la medicación se debe administrar todos los días a la misma hora. (Guía Española de la Hipertensión Arterial, 2013).

2.6 Hipertensión Arterial y sus consecuencias (Fundación Española del Corazón, 2016).

2.6.1 Riesgo Cardiovascular

Los factores y marcadores de riesgo cardiovascular, son los que se asocian a una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular: colesterol, diabetes, hipertensión, tabaquismo, herencia genética, estrés, obesidad y la frecuencia cardíaca (Fundación Española del Corazón, 2016).

2.6.2. Principales factores de riesgo cardiovascular.

(scielo.org.ve, 2011)menciona que las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de morbi-mortalidad en el mundo occidental. Hay en la actualidad diversos factores que predisponen a los individuos a eventos cardiovasculares, tales como: niveles de LDL, elevados, HDL baja, la hipertensión arterial, consumo de tabaco y el sedentarismo o bajo nivel de actividad física. Varios estudios científicos han comprobado que las adaptaciones del organismo mediante el ejercicio y los beneficios derivados de su práctica corriente en los diferentes sistemas y vías metabólicas (scielo.org.ve, 2011).

En las últimos tiempos se han implementado varios testes para medir la actividad física y aproximarse en algún grado a la cuantificación del nivel de riesgo para enfermedad cardiovascular de la persona sedentaria (scielo.org.ve, 2011). Algunos de éstos instrumentos han sido validados por organismo internacionales sin embargo no son utilizados de manera masiva aun por el desconocimiento de su existencia (scielo.org.ve, 2011).

2.7. Valoración inicial de la Hipertensión Arterial

2.7.1. Historia clínica

(PROYECTO ISS - ASCOFAME GUIAS DE PRACTICA CLINICA, 2012) Afirma que es sumamente importante conocer los hábitos alimentarios y realizar un examen físico al individuo, éstos deben estar enfocados en el estudio de la hipertensión arterial, identificación de causas de hipertensión arterial secundaria y de los principales factores de riesgo.

2.7.2. Historia médica

Consta de antecedentes patológicos familiares, tales como: enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, gota, diabetes mellitus I o II y enfermedad cardiovascular hiperlipidemia. (esecarmenemiliaospina.gov.co, 2015)

2.7.3 Examen físico

Se debe valorar ciertos signos y síntomas:

- a) Medir la presión arterial con un intervalo de 2 minutos entre cada toma, con la persona sentada.
- b) Verificación de la tensión arterial en el brazo contralateral .
- c) Toma de peso y talla.
- d) Valorar a nivel del cuello en busca de venas distendidas o agrandamiento de la glándula tiroides.
- e) Valorar el abdomen en busca de masas o soplos.
- f) Examinar en las extremidades los pulsos periféricos disminuidos o ausentes, soplos y presencia de edema (Aguas N. , 2012)

2.8. Tratamiento de la hipertensión arterial

(F.Echeverría, 2013) Menciona que el objetivo del tratamiento es disminuir la morbimortalidad cardiovascular y la regulación de la presión arterial y el control de otros factores de riesgo cardiovasculares, sin provocar otras enfermedades físicas, psíquicas o sociales. Es necesario corregir entonces, si el paciente los presentara, como hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, diabetes y sedentarismo si se quiere disminuir significativamente su riesgo cardiovascular. La regulación de la presión arterial se da en ciertos casos con modificaciones en el estilo de vida pero en otros casos es necesario la administración de fármacos. Es muy importante que el paciente y su familia sean capacitados en cuanto al manejo de la enfermedad, debido a que abandonar el tratamiento representa una de las más grandes dificultades en el control de la hipertensión arterial (F.Echeverría, 2013).

Es importante fomentar las siguientes directrices:

- a) Explicar al paciente el desarrollo de su enfermedad, que riesgos existen si abandona el tratamiento y que beneficios en cuanto a calidad de vida tendrá si continua con el tratamiento .

- b) Dar a conocer al paciente cuando se consiga regular la presión arterial con el afán de motivarlo a seguir con el tratamiento.
- c) No hacer esperar por largo tiempo al paciente cuando acuda a la consulta.
- d) Brindar apoyo psicológico al paciente y a los familiares.
- e) El paciente deberá ser manejado siempre por el mismo profesional de la salud.
- f) Si el caso amerita el consumo de drogas antihipertensivas se debe procurar utilizar el esquema más simple y en lo posible una sola toma por las mañanas (F.Echeverría, 2013).

2.8.1. Tratamiento no farmacológico (*Universidad Técnica del Norte, 2011*)

1. Dejar el tabaco.
2. Disminuir el peso corporal.
3. Dieta saludable que contenga potasio, calcio, frutas y vegetales, disminuyendo la ingesta de grasas saturadas. Se recomienda el consumo de pescado .
4. Reducir la ingesta de alcohol.
5. Reducir la ingesta de sal: (menos de 6g de sal común al día).
6. Ejercicio físico: moderado aeróbico como andar, correr, nadar, bailar, aeróbicos, ciclismo; practicando de forma regular y gradual (30 a 45 minutos al día, 3-5 días a la semana, alcanzando un 55-90% ejercicio realizado (Universidad Técnica del Norte, 2011)
7. Control de stress. (Daniel De Luis Román, 2012)

2.8.2. Tratamiento farmacológico. (*Aguas N. , 2012*)

Los principales medicamentos antihipertensivos son: diuréticos, betabloqueadores, calcio antagonista, inhibidor de la ECA, antagonistas de Angiotensina y bloqueadores alfa adrenérgicos (Aguas N. , 2012)

2.6.6. Otras modificaciones: (*Aguas N. , 2012*)

- Aumentar la ingesta de vegetales.

- Ingesta de productos leche descremada (Aguas N. , 2012)
- Disminución de consumo de carnes rojas (Aguas N. , 2012)
- El consumo de ajo, magnesio, potasio y Fitoterapia en general, tienen una efectos antihipertensivos comprobados científicos (Sosa-Rosado, 2011)

2.8.3. Recomendaciones para prevenir hipertensión arterial

2.8.3.1. Control de peso

(SlideShare, 2015) Se debe fomentar la educación para el mantenimiento del peso adecuado. Reducir la ingesta de sodio a menos de 100 mmol/día (6 g de NaCl). La actividad física de tipo aeróbico por lo menos e 30 minutos al día ayuda a controlar el peso corporal. Disminuir el consumo de grasas saturadas y de alimentos ricos en colesterol (Robles, 2011)

2.8.3.2. Ingesta de alcohol

(Robles B. H., 2011) La ingesta de alcohol en grandes cantidades y de forma repetida produce elevación aguda de la presión arterial regulada por activación del sistema nervioso simpático central provocando un incremento persistente de la misma. Limitando el consumo de alcohol se obtiene como beneficio la normalización de la presión arterial.

2.8.3.3. Actividad y ejercicio físico

El ejercicio tiene cierto efecto antihipertensivo mediante la disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los barorreceptores, también se conoce que las resistencias periféricas disminuyen e incrementa la sensibilidad a la insulina (Robles B. H., 2011).

2.8.3.4. Consumo de sodio (Robles B. H., 2011)

Restringir el consumo de sodio disminuye la presión arterial al estar asociado a una reducción moderada en la cantidad de catecolaminas circulantes. (Robles

B. H., 2011)La ingesta de sodio por día recomendada es de 100 mmol/día, lo que equivale a 2 g de Na o 6 g de sal de mesa. (Robles B. H., 2011)Los principales condimentos ricos en sodio son: Sal de ajo y cebolla, ablandadores de carne, sopas en polvo, polvo para hornear, salsa de soya, otros como alimentos embutidos, productos como embutidos y enlatados (Robles B. H., 2011).

2.8.3.5. Ingesta de potasio

La ingesta de potasio, incluye un aumento en la natriuresis así como un efecto vasodilatador, al aumentar la actividad de la bomba Na^+/K^+ - ATPasa. Los suplementos orales de potasio sólo deben darse a los pacientes que cursan con hipocalemia secundaria al tratamiento con diuréticos. (Robles B. H., 2011).

2.8.3.6. Uso del tabaco (Robles B. H., 2011)

El consumo tabaco acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. (Robles B. H., 2011)El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina. (Robles B. H., 2011)

2.8.3.7. Consumo de cafeína

La ingesta de cafeína produce aumento de la presión arterial. (slidehot.com, s.f.)

2.8.3.8. Cambios en la dieta

Según (Robles B. H., 2011)Ingerir grasas saturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia ayuda a reducir el colesterol.

2.9. Hipertensión arterial en situaciones especiales

2.9.1. Enfermedad cardiaca

En su tesis (Aguas N. , 2012)menciona que uno de los de fines de la terapéutica para la hipertensión arterial es prevenir la cardiopatía hipertensiva, la cual puede desencadenar en insuficiencia cardiaca congestiva y arritmias.

2.9.2. Enfermedad cerebrovascular

En la patología cerebrovascular está indicado dar tratamiento antihipertensivo, luego de un accidente cerebro vascular no es recomendable iniciar tratamiento hipotensor hasta estabilizar al paciente, aunque la presión arterial sea alta (Aguas N. , 2012).

2.9.3. Insuficiencia renal

Esta indicado la administración de medicamentos antihipertensivos, para controlar las cifras de presión arterial en dichos pacientes. (Aguas N. , 2012)

2.9.4. Hiperlipidemias

(Aguas N. , 2012)En este caso se hará énfasis en el cambio de estilo de vida; el subir de peso en los adultos, promueve la cardiopatía en personas afrodescendientes.

2.9.5. Hiperuricemia y gota

Los diuréticos pueden incrementar los niveles séricos de ácido úrico, sin embargo no siempre derivan gota. Los principales factores de riesgo son: obesidad, alcoholismo, niveles elevados de ácido úrico e ingesta elevada de nitrogenados purinas. (Aguas, 2012)

2.9.6. Mujeres embarazadas

Se deben tener en cuenta dos situaciones:

1. HTA crónica: cuando existe HTA previo al embarazo, o al inicio de la gestación se puede continuar la terapéutica con cualquier antihipertensivo a excepción de los IECAs y los ARA II (Aguas N. , 2012).

2. HTA gestacional: (Aguas N. , 2012) cuando la paciente HTA durante el embarazo a partir de las 20 semanas de gestación o en las 24h siguientes al parto (Aguas N. , 2012)

2.10. Hipertensión en el adulto mayor

En individuos mayores a 65 años de edad, el diagnóstico y el tratamiento de HTA tiene ciertas características que lo hace diferente a la de los adultos jóvenes, el tratamiento de esta condición debería estar diferenciado no sólo por la edad, sino también por el sexo (<http://www.fac.org.ar>, 2012). Es necesario fundamentar estas afirmaciones, en la experimentación tanto animal como humana y en los estudios clínicos más recientes (Guía Española de la Hipertensión Arterial, 2013)

2.10.1. Epidemiología.

La hipertensión arterial figura entre los factores de riesgo cardiovascular que comprometen la morbimortalidad de los adultos mayores. Sin embargo seguir un tratamiento adecuado tendrá consecuencias más beneficios en relación personas adultas jóvenes. Algunas investigaciones aseguran que, en cada 20 pacientes, se evita un evento cardiovascular con el tratamiento adecuado, previniendo de esta manera los accidentes cerebrovasculares. (*Guía Española de la Hipertensión Arterial, 2013*).

La raza es un factor diferencial, pues la hipertensión arterial es prevalente en las personas afrodescendientes con estilos de vida occidentales que en los blancos de la misma edad y condición. En los adultos mayores, además, deben ser consideradas formas especiales de HTA que no aparecen en otros grupos

etéreos, tales como la HTA aislada y la pseudohipertensión por arteria rígida, que pueden encontrarse en alrededor del 15 % de la población.

2.10.2. Hemodinamia de la Hipertensión Arterial en adultos mayores.

(<http://www.fac.org.ar>, 2012) Este estado esta caracterizado por presentar un estado de bajo gasto cardiaco, consecuencia de una disminución de volumen sistólico y a bradicardia relativa. Si realizamos una comparación entre adultos jóvenes y adultos mayores el gasto cardiaco tendrá entre un 20 y 30% de presiones arteriales similares.

Los adultos mayores aumentan su gasto cardiaco debido a utilización del mecanismo de Frank-Stirling y no como los adultos jóvenes, en los cuales ocurre un aumento de la frecuencia cardíaca y una disminución del volumen final sistólico mediado por una mayor contractilidad (<http://www.fac.org.ar>, 2012).

Según (<http://www.fac.org.ar>, 2012) afirma que tal mecanismo se basa a igualdad de los cambios observados en la pared arterial en ambos casos. Por lo tanto, en los ancianos, el aumento en la rigidez vascular propia de la edad no permite que los vasos se ajusten eficazmente a los cambios para adaptarse y mantener la irrigación sanguínea a zonas como el cerebro.

(<http://www.fac.org.ar>, 2012) Se produce el engrosamiento de la capa media, producto del aumento de la masa muscular lisa y de la cantidad absoluta de matriz extracelular, todo esto a raíz de una hipertrofia celular, con incrementos de la síntesis proteica, de la masa del genoma e incremento de las fracciones del colágeno, de la elastina o de ambos. Dicho engrosamiento depende de la hipertrofia celular por un aumento de su actividad metabólica. El incremento de la matriz proteica depende del componente colágeno de la misma, de manera tal que la relación entre éste y la elastina tiende a aumentar. (<http://www.fac.org.ar>, 2012).

En las arterias de diámetro por debajo de un milímetro la rigidez y la vasoconstricción, a una tasa de flujo constante, la presión aumenta como consecuencia de una mayor resistencia periférica. Los vasopresores y las sustancias vasoconstrictoras, como endotelina incrementan la concentración de Ca dentro de la célula y accionan el mecanismo de la contracción por medio de proteínas asociadas a la calmodulina. Las lesiones en la estructura de la pared arterial puede ser de dos tipos: la hipertrofia-hiperplasia y la necrosis fibrinoide. Los datos que anteceden provienen naturalmente de la experimentación animal (Cardiología, 2012).

Cuando se dan los cambios antes mencionados, afecta a todos los niveles del sistema arterial, es decir: capa íntima, capa media y adventicia (<http://www.fac.org.ar>, 2012). Con el transcurso del tiempo se han descrito cuatro patrones de lesiones en las arterias de mayor calibre, su frecuencia puede variar: la necrosis media quística, la fragmentación de la elastina, la fibrosis media y las áreas de medio necrosis (<http://www.fac.org.ar>, 2012). Al producirse dichos cambios, éstos no se propagan de manera homogénea, es por eso que ciertos sectores son más lesionados que otros (Cardiología, 2012)

Es preciso mencionar que la presencia de hipertensión arterial acelera el envejecimiento de la red vascular por lo tanto serán afectadas las funciones vascular y cardíaca, en la fuerza muscular, la velocidad de contracción y la función del riñón en cuanto a su capacidad. Es mucho más difícil tratar la hipertensión arterial en adultos mayores porque ellos han hecho adaptaciones en la estructura arterial debido a la edad. La disminución del aporte de sangre produce como reacción el incremento de las resistencias periféricas, lo cual empeora el cuadro si la persona padece aterosclerosis

2.10.4. Principales causas de hipertensión arterial secundaria en ancianos

Estadísticas de centros de salud básicos y centros especializados, demuestran que la prevalencia de la HTA secundaria oscila entre el 2 y el 20 % de los

casos. (ITG, 2014). En resumen un gran porcentaje de casos pasa desapercibido y es tratado de igual forma que la Hipertensión arterial primaria, dando tratamiento erróneo prolongando la curación o un mejor manejo de enfermedad. (Cardiología, 2012)

2.10.5. Hipertensión arterial de tipo renal

La hipertensión arterial puede ser producida por la disfunción renal o viceversa, ser su causa. El deterioro de la función renal se produce mediante el mecanismo de la hipertensión glomerular, que también produce esclerosis de los glomérulos. (ITG, 2014) Merced a la función del riñón, se puede dar HTA mediante distintos mecanismos: puede provocar la expansión de la volemia, alterar la excreción del sodio, incrementar la producción de sustancias vasopresoras o disminuir las vasodilatadoras. (Cardiología, 2012)

Al pasar el tiempo el peso del riñón disminuye y se hace más fina la cortical

El peso del riñón disminuye con los años y la cortical se adelgaza, reduciéndose el número de glomérulos funcionantes. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012) Los vasos del riñón senil sufren cambios ateroscleróticos y la capacidad del órgano para mantener la homeostasis también disminuye. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012) Esto se debe en parte a la marcada caída del flujo plasmático renal, que prácticamente desciende en un 50 %, lo cual lleva a una importante disminución de la tasa de filtración glomerular y del clearance de creatinina. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012) La creatinina sérica, pese a lo mencionado, no aumenta, pues la masa muscular de la persona añosa es menor que la del adulto joven. (ITG, 2014; Michelson, 2012) También la actividad del sistema renina angiotensina (SRA) disminuye marcadamente. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012) Las enfermedades renales que más comúnmente pueden acompañarse de HTA en el anciano son las glomerulopatías primarias, las secundarias con especial mención de la que

provoca la diabetes mellitus, las pielonefritis, las uropatías obstructivas y las enfermedades túbulo intersticiales. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)

(ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)Aclaremos que el control farmacológico de la HTA tiende a proteger la función renal remanente, sobre todo cuando se utilizan los IECA, a través de la disminución de la hipertensión glomerular, lo cual es sumamente evidente en los pacientes diabéticos. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)También los diuréticos de asa y los bloqueantes cálcicos pueden ser de utilidad mientras que, en general, los betabloqueantes no causan el mismo efecto, tal vez porque el paciente años tiene un número menor de receptores beta. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)

2.10.5.2. Hipertensión de origen renovascular (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)

En el paciente añoso, la etiología más común de la obstrucción de la arteria renal es la aterosclerótica. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)Las lesiones tienden a ubicarse en la aorta, ocluyendo el ostium de la arteria renal o en su porción proximal y son progresivas. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)La obstrucción de la arteria renal provoca una hipoperfusión del riñón que comienza a liberar más renina en la sangre venosa. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)Esto produce un incremento en los niveles séricos de angiotensina I y II. Este mecanismo desencadena un aumento de la RPT y de la PA sistémica con el objeto de mejorar la perfusión del riñón distalmente a la obstrucción. (<http://www.fac.org.ar>, 2012) (Universidad Nacional de Loja) (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)

- a) Auscultación de un soplo abdominal o en los flancos.
- b) Comienzo posterior a los 60 años. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)
- c) Falta de respuesta al tratamiento con dosis máximas de al menos tres drogas.

- d) Hipertensión arterial severa o maligna acelerada. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)
- e) Tamaño renal reducido.
- f) Repentino empeoramiento de la Hipertensión arterial
- g) Compromiso funcional renal con el uso de los IECA. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)

(ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)Esta condición requiere tratamiento quirúrgico o angioplástico. El farmacológico sólo es aceptable en espera de la cirugía. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)La confirmación diagnóstica se hace hoy en día preferentemente con el radiorrenograma sensibilizado con captopril, pero la arteriografía renal es el único medio preciso para detectar y localizar obstrucciones en la arteria renal. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)

2.10.5.3. Hipertensión arterial de origen suprarrenal

La incidencia de esta etiología en los adultos mayores hipertensos es sumamente baja. Entre ellos están: aldosteronismo primario y el feocromocitoma (Cardiología, 2012)

Aldosteronismo primario: (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)

Es causado por un incremento en la producción de aldosterona independiente del SRA (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)Esta etiología se diagnostica mediante exámenes de laboratorio, ya que las manifestaciones clínicas son secundarias a la hipokalemia y por lo tanto inespecíficas. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)Se sospecha cuando el potasio sérico es menor de 3.5 mEq/l y la kaliuresis mayor de 30 mEq/l. Se confirma solicitando la actividad de la renina plasmática basal y la posterior a la deambulación, la aldosterona plasmática también en ambas circunstancias y la aldosterona urinaria de 24 horas. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)Debe diferenciarse el adenoma productor de aldosterona del hiperaldosteronismo idiopático causado por

hiperplasia bilateral. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)En el primer caso el tratamiento es quirúrgico, mientras que en el segundo es médico. (<http://www.fac.org.ar>, 2012)

Feocromocitoma (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)

Se trata de un tumor de células cromafines que puede aparecer tanto en la médula adrenal como menos frecuentemente en el tejido cromafínextrarrenal. (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012)Se lo diagnostica mediante la medición bioquímica de las catecolaminas urinarias y del ácido vainillínmandélico en la orina de 24 horas.Se lo ubica mediante TAC abdominal, RMN o centellograma con IMBG. El tratamiento es naturalmente quirúrgico, una vez controlada la PA con fármacos (ITG, 2014; <http://www.fac.org.ar>, 2012).

2.10.5.4. Hipertensión arterial y diabetes mellitus

Entre los diabéticos se duplica el porcentaje de hipertensos con respecto de la población no diabética. La HTA en diabéticos sin nefropatía es la más frecuente entre los pacientes mayores de 65 años. Cuanto mayor es el tiempo de evolución de la diabetes mayor es el aumento progresivo de la presión arterial (Cardiología, 2012).

(<http://www.fac.org.ar>, 2012)Actualmente se prefiere el nombre "síndrome de resistencia a la insulina". Posteriormente, el mismo Reaven consideró que la resistencia a la insulina parecía ser un defecto primario en hipertensos, fueran o no diabéticos. (<http://www.fac.org.ar>, 2012)La resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia parecen ser partícipes en la patogénesis de la HTA y esto podría estar genéticamente determinado (<http://www.fac.org.ar>, 2012)

(<http://www.fac.org.ar>, 2012)La resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia son factores de riesgo cardiovascular, independientemente de la HTA. (<http://www.fac.org.ar>, 2012)No todos los hiperinsulinémicos son hipertensos, ni

todos los hipertensos son hiperinsulinémicos, por lo tanto no se puede generalizar en cuanto a su participación en el desarrollo de la HTA.

Podemos decir que en la fase inicial de la diabetes habría una expansión del volumen sanguíneo que llevaría a un aumento del volumen minuto, predominando los trastornos en la regulación de la resistencia periférica de aparición más tardía, en la fase crónica. Existe un aumento del sodio corporal en pacientes hipertensos y diabéticos pudiendo mostrar una significativa alteración en el medio interno, desconociéndose las causas por las cuales no se acompaña de un aumento del volumen plasmático, lo cual sí ocurre en hipertensos no diabéticos. En estos pacientes también se ha observado una exagerada reactividad cardiovascular a la angiotensina II. La posibilidad de que la insulina induzca HTA incluso con valores de glucemia normal se ha relacionado con su capacidad para aumentar la retención renal de sodio, estimular la liberación de catecolaminas y provocar hipertrofia del músculo liso (Cardiología, 2012)

2.10.5.5. Autorregulación cerebral

En el paciente añoso portador de HTA no tratada existe una reducción del flujo sanguíneo cerebral lo cual constituye un factor de riesgo para ACV y para demencia. Cuando se superan los límites de la autorregulación, se produce una vasodilatación forzada de las arterias cerebrales aumentando el flujo sanguíneo cerebral. Esto causa hiperemia cerebral, edema tisular y probablemente hemorragias cerebrales, todo lo cual configura lo que se conoce como encefalopatía hipertensiva. La autorregulación es una característica propia del cerebro para adaptar sus requerimientos sanguíneos mediante la modificación activa del calibre de los vasos cerebrales. Esto ocurre en respuesta a las variaciones de la presión de perfusión con el objeto de mantener un flujo sanguíneo cerebral constante.

El punto crítico en el cual estos límites se superan se encuentra alrededor de los 180 mmHg de presión arterial media, pero se halla en los 150 mmHg en pacientes previamente normotensos. Y por el contrario, en los estados con flujo sanguíneo insuficiente para mantener la perfusión, en los cuales la PAM se encuentra por debajo de los 60 mmHg, se produce una hipoperfusión que desemboca en la isquemia.

Debe ser tenido adecuadamente en cuenta el hecho de que, en los ancianos hipertensos crónicos la curva de autorregulación está desplazada hacia la derecha, o sea que los mencionados límites son superiores a los que corresponden a las personas normotensas. El tratamiento hipotensor agresivo que busca llevar los valores de PA a los habituales para el adulto joven normal puede tener un grave efecto iatrogénico si se ignora esta circunstancia.

Se ha establecido que los pacientes ancianos portadores de este síndrome pueden cursar con hipoxemia, episodios de despertar y aumentos de la presión en las arterias pulmonar y aórtica. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en sujetos jóvenes en los que la apnea de sueño se relaciona con una mayor incidencia de HTA, en los ancianos no parece existir esa coincidencia (Cardiología, 2012).

El síndrome de apnea obstructiva del sueño se relaciona con mayor prevalencia de HTA, mayor riesgo de coronariopatía y ACV, así como mayor hipertrofia ventricular y menor respuesta al tratamiento antihipertensivo. Algunos de estos hallazgos pueden estar relacionados con la presencia de obesidad. De hecho, la aparición de HTA en los portadores de apnea de sueño es un tema en discusión, pero se ha determinado la existencia de cambios hemodinámicos, hiperactividad nerviosa simpática y disfunción neuroendocrina, que suelen desaparecer al controlarse el cuadro (Cardiología, 2012).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN		INDICADORES	ESCALA
Prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores	Persona con más de 65 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial y que vive asilado en el Hogar Corazón de Jesús.	Salud geriátrica	Datos demográficos	Edad	En años
				Genero	Masculino - Femenino
				Raza	Mestizo
			Amerindio		
			Árabe		
			Blanco		
			Afroecuatoiano		
			Antecedentes patológicos	Patología asociadas a HTA	Asiático
					Diabetes mellitus
					Insuficiencia renal
					Enfermedad pulmonar obstructiva
					Insuficiencia cardiaca
					Enfermedad vascular cerebral
					Obesidad
			Factores de riesgo modificables de HTA	Hábitos	Cardiopatía coronaria
Tabaquismo					
Dieta	Alcoholismo				
	Hiposódica				
	Hipograsa				
	Para diabético				
	Hiperproteica				

CAPITULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN O MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio es descriptivo-cuantitativo de tipo documental

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población en estudio, estuvo conformada por 106 adultos mayores los cuales en el Hogar Corazón de Jesús estaban repartidos de la siguiente manera:

- Sala San Antonio 29 adultos mayores.
- Sala San Vicente 37 adultos mayores.
- Sala San José 40 adultos mayores.

3.2.1. Muestra

Se toma como muestra el total de la población de adultos mayores residentes en el Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil.

3.2.3. Instrumento de la Investigación

Emplearemos una ficha de análisis documental y recabaremos información de la página web del Hogar Corazón de Jesús en donde se encuentran las historias clínicas electrónicas de los asilados sobre los cuales se realiza el estudio.

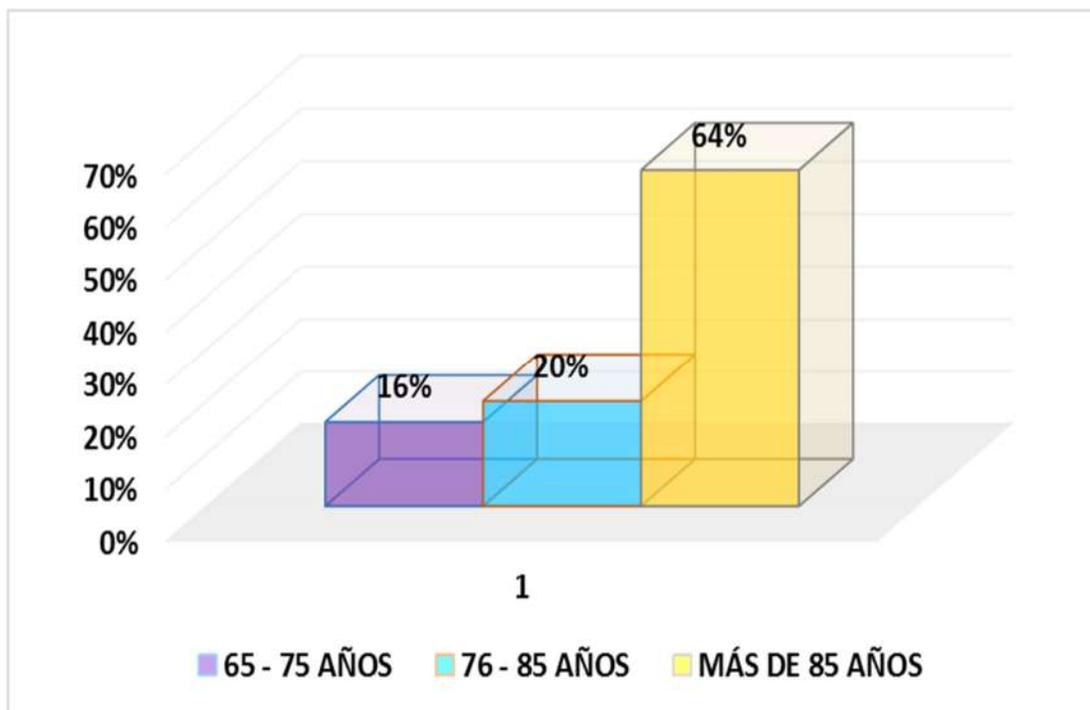
3.2.4. Tabulación y análisis de datos

El software a utilizarse será Microsoft Excel para la tabulación de los datos y presentación de los mismos.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS Y RESULTADOS

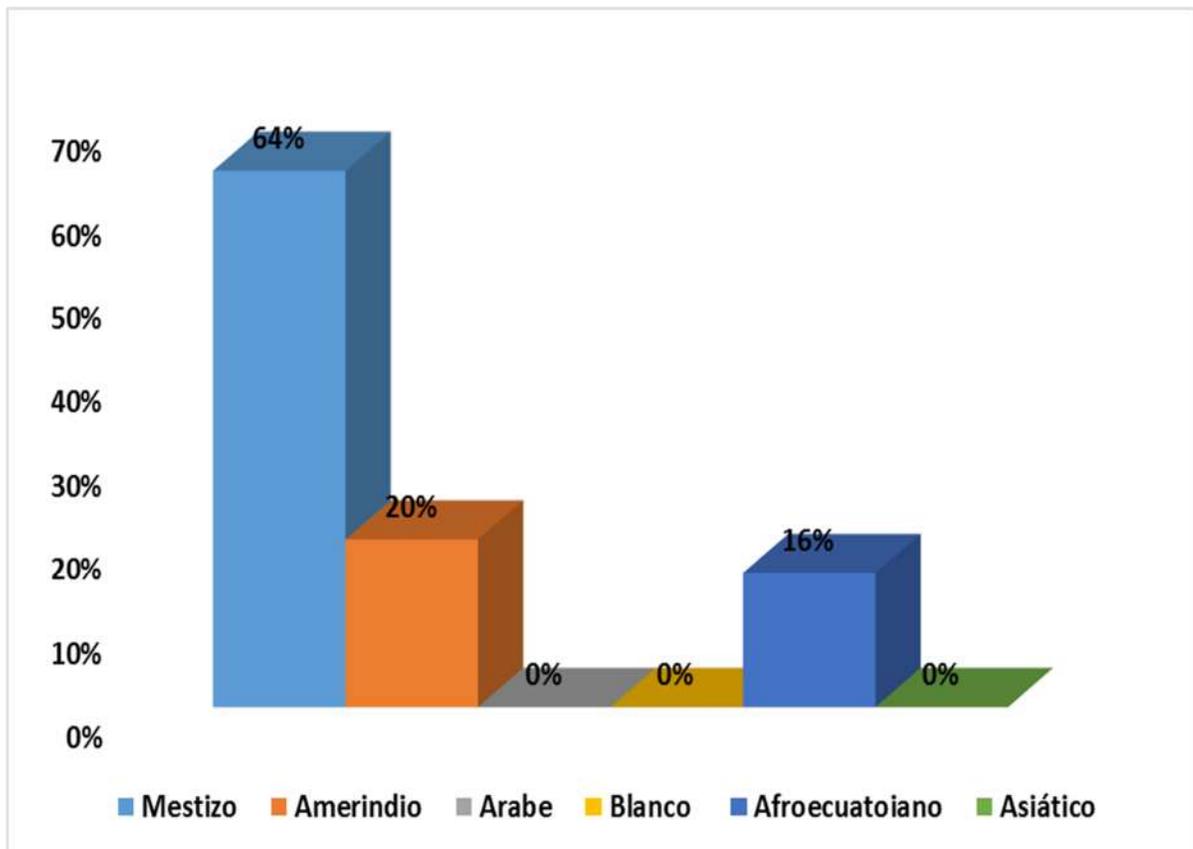
GRÁFICO N° 1. RANGO DE EDAD (en años)



Interpretación Análisis de datos:

Mediante el siguiente gráfico se pretende ilustrar los rangos de edad de la población muestral escogida, el 16% de la población está entre los 65 y 75 años de edad, el 20% está entre los 76 y 85 años, el 64% tiene más de 85 años de edad.

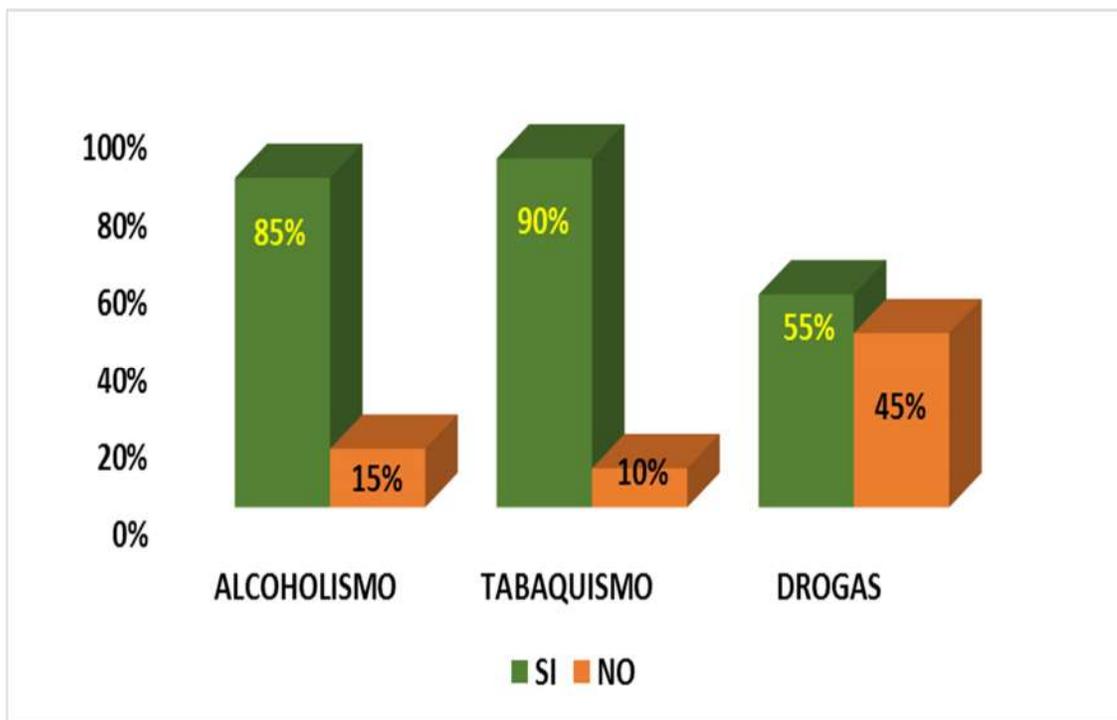
GRÁFICO N° 2. RAZA



Interpretación Análisis de datos:

Mediante el siguiente gráfico según los datos recolectados en cuanto a la raza tenemos que el 64% son mestizos el 20 % son amerindios, el 16% son afro ecuatorianos, y 0% para asiáticos, árabes y blancos siendo la mayor parte de la población estudiada los mestizos.

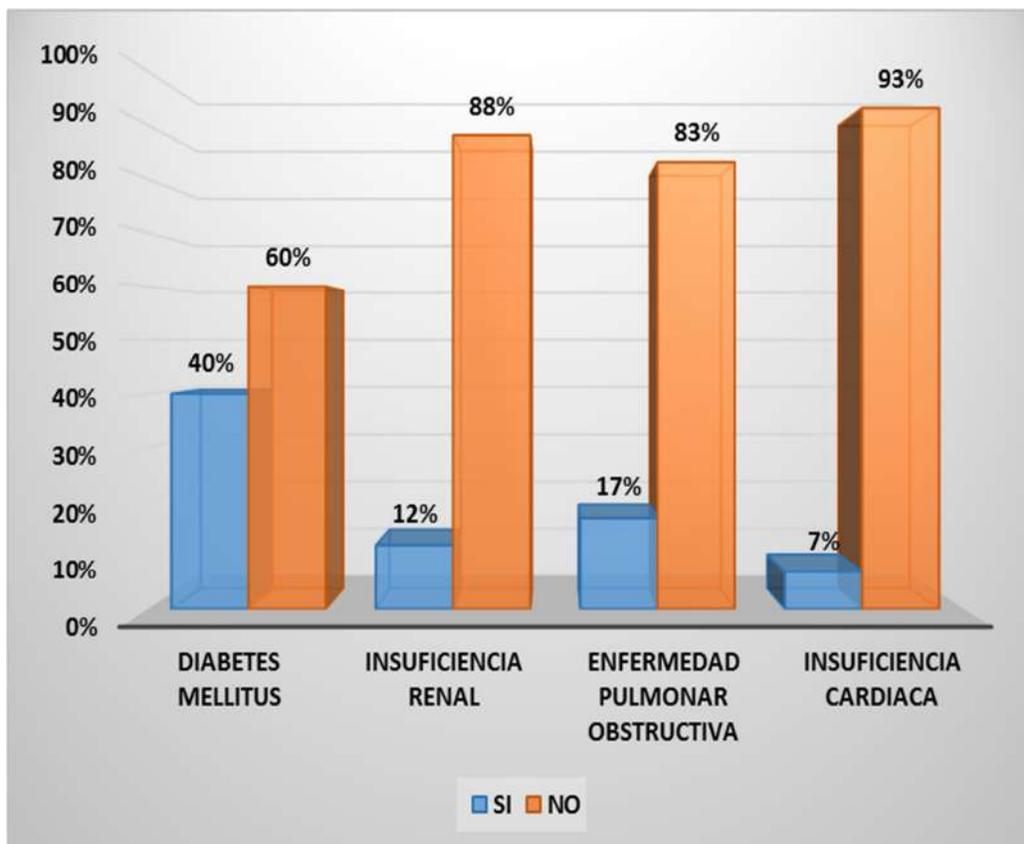
GRÁFICO N° 3. ANTECEDENTES DE HÁBITOS TÓXICOS



Interpretación Análisis de datos:

En cuanto a los antecedentes de hábitos tóxicos tenemos que el 85% ha consumido alcohol en exceso, el 90% fueron fumadores y el 55% usaron drogas antes de ser adulto mayor, es decir toda la población estudiada mantuvo hábitos tóxicos que los hacían predisponentes a la hipertensión arterial.

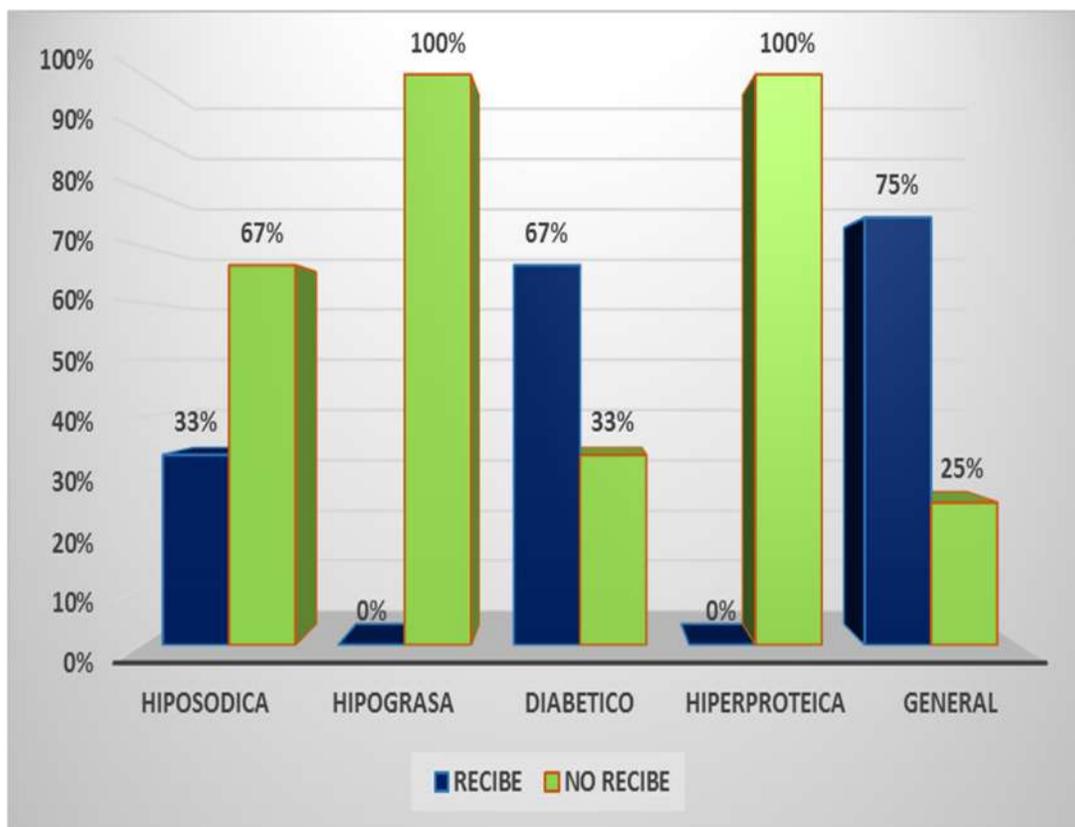
GRÁFICO N° 4. PATOLOGÍAS ASOCIADAS



Interpretación Análisis de datos:

Por medio del siguiente gráfico se pretende ilustrar que el 40% padece de diabetes mellitus, el 12% de insuficiencia renal, el 17% tiene EPOC y un 7% padece de insuficiencia cardíaca, encontramos que la diabetes mellitus tipo II se erige como patología asociada más frecuente.

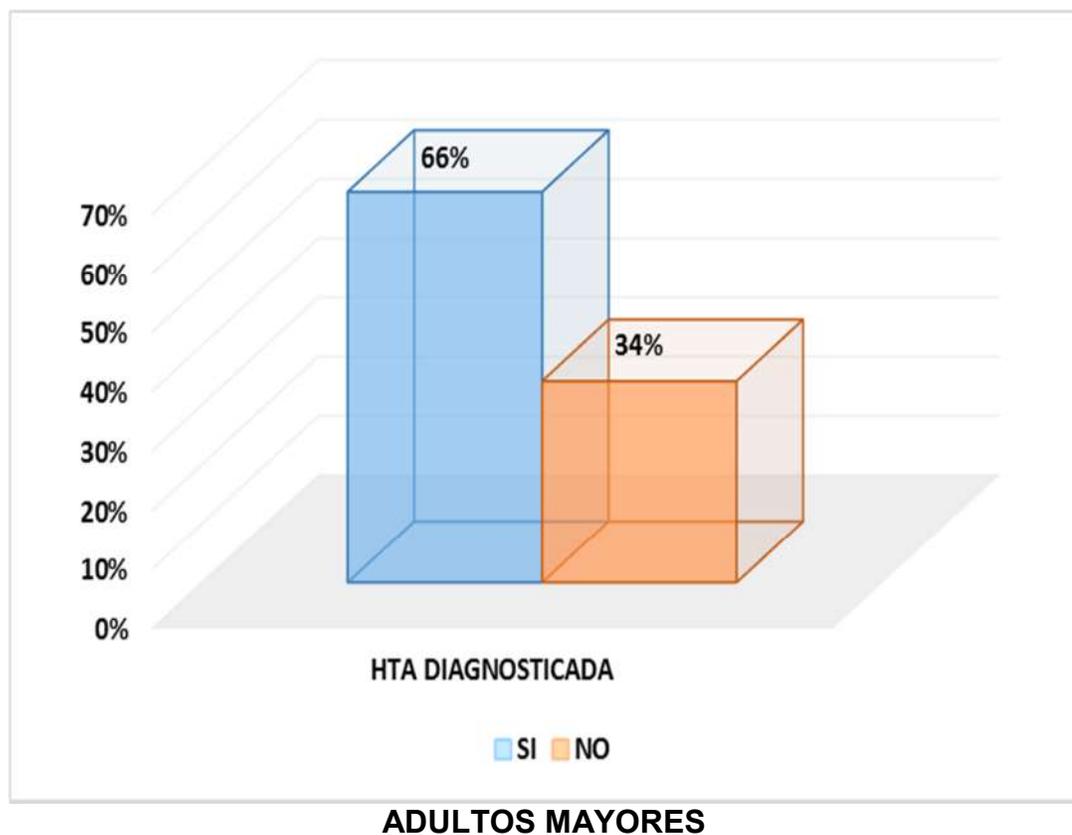
GRÁFICO N° 5. CONTROL DE LA DIETA



Interpretación Análisis de datos:

En cuanto a la dieta de los asilados tenemos que solo el 33% recibe dieta hiposódica, el 67% recibe dieta para diabéticos y un 75% en ocasiones recibe dieta general, la variación en los porcentajes nos indica que la dieta no está definida de acuerdo al porcentaje de las patologías que poseen los asilados es decir los ancianos no comen acorde a su enfermedad.

GRÁFICO N° 6. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN



Interpretación Análisis de datos:

Mediante el siguiente gráfico se ilustra el porcentaje de asilados que han sido diagnosticados con hipertensión arterial, tenemos que el 66% tiene hipertensión arterial y el 34% no padece la enfermedad.

CONCLUSIONES

Respondiendo al objetivo general y en base a los datos recolectados, tomando como población los 106 residentes de las tres salas San Antonio, San José y San Vicente se determinó que el 66% padece de hipertensión arterial.

En cuanto a las características demográficas resaltando que el 64% de la población tiene más de 85 años de edad, en cuanto al género predominan en la población escogida los hombres con el 96%, por otro se concluye que dentro de las tres salas antes mencionada hay más ancianos mestizos con el 64%, ya en menos cantidad afroecuatorianos 16% y amerindios 20%

Dentro de las patologías asociadas a la hipertensión arterial en el estudio realizado se concluye que los adultos mayores padecen Diabetes Mellitus tipo II, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad Obstructiva Crónica el Insuficiencia Cardíaca siendo la de mayor porcentaje la diabetes mellitus.

Respondiendo al tercer objetivo específico en cuanto a los hábitos tóxicos encontramos que la mayoría ha sido consumidor de grandes cantidades de alcohol y tabaco y la mitad de población ha consumido drogas en su etapa antes de llegar a ser adultos mayores. En cuanto al control de la dieta concluimos que no existe un control riguroso y que los asilados no siempre consumen la dieta acorde a la patología que padecen.

REFERENCIAS

- Proyecto ISS- Ascofame Guías de Práctica Clínica.* (Abril de 2012). Obtenido de <http://www.1.ascofame.org.co/images/GUIAS/HIPERTENSION%20ARTERIAL.pdf>
- Aguas, N. (Julio de 2012). *www.repositorio.utn.edu.ec*. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2070/1/TESIS%20COMPLETA%20NELLY%20AGUAS.pdf>
- Daniel De Luis Román, . B. (2012). *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo*. Madrid: Diaz de Santos S.A.
- esecarmenemiliaospina.gov.co. (2015). <http://intranet.esecarmenemiliaospina.gov.co>. Obtenido de <http://intranet.esecarmenemiliaospina.gov.co/images/ceodoc/guiasmedicas/USCO/GUIA>
- F.Echeverría, P. D. (12 de Marzo de 2013). <http://www.fac.org.ar>. Obtenido de http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/trathta3.pdf
- Fundación Española del Corazón. (2016). <http://www.fundaciondelcorazon.com>. Obtenido de <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular.html>
- Geosalud. (12 de Junio de 2013). *Geosalud*. Obtenido de <http://www.geosalud.com/hipertension/tipos.htm>
- Guía Española de la Hipertensión Arterial. (2013). *Medida de la presión arterial en el entorno clínico*. Madrid: elesiever.
- <http://www.fac.org.ar>. (23 de Febrero de 2012). <http://www.fac.org.ar>. Obtenido de <http://www.fac.org.ar/cvirtual/cvirtesp/cientesp/fgesp/fgc4200c/cmichels.htm>
- <http://www.seh-lelha.org>. (s.f.). Obtenido de http://www.seh-lelha.org/pdf/guia05_4.pdf
- <https://www.clubensayos.com>. (14 de Octubre de 2014). Obtenido de <https://www.clubensayos.com/Ciencia/La-Hipertension-Arterial/2109990.html>
- Info Doctor. (2013). Recuperado el 25 de Enero de 2016, de InfoDoc: http://en.infodoctor.org/salek/Hipertension_Arterial.pdf
- ITG. (21 de 05 de 2014). <http://www.itg-salud.com>. Obtenido de <http://www.itg-salud.com/articulo.php?id=19048>
- JNC 7. (s.f.). <http://www.infodoctor.org>. Obtenido de <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tcsp.html>
- Macías, B. O., & Castro, C. A. (2016). Guayaquil.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Guía de práctica clínica / Hipertensión arterial*. Bogotá: medi.

Onmeda, R. (24 de Noviembre de 2014). *onmeda.es*. Obtenido de http://www.onmeda.es/enfermedades/hipertension_arterial-definicion-tipos-de-hipertension-arterial-1685-3.html

Organizacion Mundial de la Salud. (2013). *Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo*. Ginebra: OMS.

PP El Verdadero. (2014). Recuperado el 29 de Enero de 2016, de PP El Verdadero: <http://www.ppelverdadero.com.ec/pp-saludable/item/la-hipertension-arterial-afecta-a-717529-personas-en-el-ecuador.html>

Robles, B. H. (10 de Enero de 2011). <http://www.medigraphic.com>. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf>

Ronquillo, B. T. (12 de Diciembre de 2015). <https://prezi.com>. Obtenido de <https://prezi.com/lujehrosilyt/signos-vitales/>

<http://intranet.esecarmenemiliaospina.gov.co/images/ceodoc/guiasmedicas/USCO/GUIA>

scielo.org.ve. (12 de Marzo de 2011). Obtenido de Revista Latinoamericana de Hipertensión: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1856-45502009000100002&lng=es&nrm=is

slidehot.com. (s.f.). *slidehot.com*. Obtenido de Robles, B. H. (10 de Enero de 2011). *medigraphic*. Obtenido de *medigraphic*: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf>

SlideShare. (29 de Agosto de 2015). <http://es.slideshare.net>. Obtenido de <http://es.slideshare.net/igorcorso/seminario-12-52207579>

Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. (2014). *www.samfyc.es*. Obtenido de <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>

Sociedad Española de Hipertensión Arterial. (13 de Julio de 2014). *Sociedad Española de Hipertensión Arterial*. Obtenido de Sociedad Española de Hipertensión Arterial: <http://www.seh-lelha.org/>

Sosa-Rosado, J. M. (Diciembre de 2011). *SCIELO*. Obtenido de Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832010000400006&script=sci_arttext

Universidad Católica de Chile. (2015). <http://escuela.med.puc.cl>. Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualsemiologia/210PresionArterial.htm>

Universidad Nacional de Loja. (s.f.). <http://dspace.unl.edu.ec>. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4116/1/CERNA%20BERMEO%20HAYRO>

Universidad Técnica del Norte. (2011). <http://docplayer.es>. Obtenido de <http://docplayer.es/5584908-Prevalencia-de-hipertension-arterial-y-factores-de-riesgo-en-poblacion-adulta-afroecuatoriana-de-la-comunidad-la-loma-canton-mira-del-carchi-2011.html>

Web consultas. (04 de Marzo de 2016). [/www.webconsultas.com](http://www.webconsultas.com). Obtenido de <http://www.webconsultas.com/hipertension/diagnostico-de-la-hipertension-355>

www.clubensayos.com2014www.clubensayos.comclubensayos

ANEXOS



CE- 644 -2015

Guayaquil, 24 de Noviembre del 2015



**Economista.-
Susana Moran Reyes.
Administradora de Hogar Corazón de Jesús
Junta de Beneficencia de Guayaquil**

Aprobado
AM/EP/AR
19/EN/16
ECON. SUSANA MORAN REYES
ADMINISTRADORA
Junta de Beneficencia de Guayaquil
Hogar del Corazón de Jc



En su despacho.-



Certificado No CQR-1497

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que las estudiantes Torres Castro Carmen y Pin Macías Bárbara quienes se encuentran realizando el trabajo de titulación con el tema "Incidencia y prevalencia de patologías cardiovasculares del adulto mayor en el hogar corazón de Jesús en el 2015." realicen la encuesta en la institución que Usted dirige.



Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.



Atentamente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Lda. Angela Mendoza Vinces
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA (e)



Cc: Archivo

www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817
Guayaquil-Ecuador

AM/Angie

AM/Angie



CE- 644 -2015

Guayaquil, 24 de Noviembre del 2015



**Economista.-
Susana Moran Reyes.
Administradora de Hogar Corazón de Jesús
Junta de Beneficencia de Guayaquil**

Aprobado
AM/EP/AR
19/EN/16
ECON. SUSANA MORAN REYES
ADMINISTRADORA
Junta de Beneficencia de Guayaquil
Hogar del Corazón de Jc



En su despacho.-



Certificado No CQR-1497

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que las estudiantes Torres Castro Carmen y Pin Macías Bárbara quienes se encuentran realizando el trabajo de titulación con el tema "Incidencia y prevalencia de patologías cardiovasculares del adulto mayor en el hogar corazón de Jesús en el 2015." realicen la encuesta en la institución que Usted dirige.



Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.



Atentamente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Lda. Angela Mendoza Vinces
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA (e)



Cc: Archivo

www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Teléfonos:
2206952 - 2200286
Ext. 1818 - 11817
Guayaquil-Ecuador

AM/Angie

AM/EP/AR



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del título de Licenciada(o) en Enfermería

Instrumento de recolección de datos con el objetivo de determinar la Prevalencia de Hipertensión Arterial en el Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil.

FICHA DOCUMENTAL

Fecha:

Entidad: Hogar Corazón De Jesús De Guayaquil

Asunto: Registro de Datos de Adultos Mayores Del Hogar Corazón de Jesús de Guayaquil.

Responsable:

1. Datos Generales:

N° Expediente Clínico:

Edad:

Género:

Raza:

2. Antecedentes Patológicos:

3. Hipertensión Arterial Diagnosticada: SI () NO ()

4. Valores de presión arterial

Presión Arterial Sistólica: _____ mm Hg

Presión Arterial Diastólica: _____ mmHg

5. Dieta que recibe:

- Hiposódica
- Para Diabético
- Astringente
- Hipocalórica
- Estricta sin sal

6. Antecedentes de hábitos:

- Fumador
- Bebedor
- Drogadicto

Tipo de droga: _____

7. Actividad física:

- | | | | | |
|---------------------------|-----------|-----|-----------|-----|
| Camina 30 minutos al día: | si | () | no | () |
| Se cambia de ropa: | sin ayuda | () | con ayuda | () |
| Realiza baño diario: | con ayuda | () | sin ayuda | () |

Elaborado por: Bárbara Ocatid Pin Macías y Carmen Agustina Torres Castro
Aprobado por: Lic. Riofrio

← <https://secure.orkund.com/view/18292141-787202-339969#q1b1KLvYio7VUSiOTM/LTMHM-TsxLTIWYMQqFAy>

URKUND

Dokument: [tesis corregida.docx \(01:04:50:44\)](#)
 Inskickat: 2016-03-14 12:32 (-05:00)
 Inskickad av: barbaraisrael2011@hotmail.com
 Mottagare: olga.munoz.uceg@analysis.orkund.com
 Meddelande: [tesis corregida visa hela meddelandet](#)

av det här ca 27 sidor stora dokumentet består av text som också förekommer i 0 st källor.

Källförteckning Blocks

⊕	Rankning	Sökväg/Filnamn
⊕		http://www.fac.org.ar/cv/ritual/co/inesp/cientesp/fige2/fig..
⊕		TESIS MARITZA RIERA PARA REVISAR.doc
⊕		http://docolayer.es/5584906-Prevalencia-de-hipertensio...
⊕		http://www.e-medificum.com/articulos_comentados/artic...

[http://www.orkund.com](#) [Arkiv](#) [Återställ](#) [Exportera](#) [Sökta](#)
 0 Varningar

CARRERA DE ENFERMERIA

TRABAJO DE TITULACIÓN Previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería TEMA:

PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN LOS ADULTOS MAYORES DE LAS SALAS SAN VICENTE Y SAN JOSE DEL HOGAR CORAZON DE JESUS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DEL AÑO 2015.

AUTORAS: Bárbara Oscatid Pin Macías Carmen Agustina Torres Castro TUTOR (A): IMCs. Mariana Estela Ribriño Cruz Guayaquil - Ecuador 2016

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Se conoce La hipertension arterial es una patología que se caracteriza por la elevación de la presión



Urkund Analysis Result

Analysed Document: tesis corregida.docx (D18475044)
Submitted: 2016-03-14 18:32:00
Submitted By: barbaraisrael2011@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0





DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, BarbaraOscatid Pin Macias con C.I. 0919954578, autor/a del trabajo de titulación **Prevalencia de Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores de las salas san antonio, San Vicente y San José del Hogar Corazón deJesus de la ciudad de Guayaquil. Desde el 5 de Noviembre del 2015 hasta el 1 de febrero del 2016**, 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, 14 de Marzo del 2016

f. _____

BarbaraOscatid Pin Macias

C.C: 0919954578



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Carmen Agustina Torres Castro con C.I. 1201968276 autor/a del trabajo de titulación **Prevalencia de Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores de las salas san antonio, San Vicente y San José del Hogar Corazón de Jesús de la ciudad de Guayaquil. Desde el 5 de Noviembre del 2015 hasta el 1 de febrero del 2016**, 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.

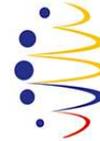
2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de Marzo del 2016

f. _____

Carmen Agustina Torres Castro

C.C: 1201968276



REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores de las salas san antonio, San Vicente y San José del Hogar Corazón de Jesus de la ciudad de Guayaquil. Desde el 5 de Noviembre del 2015 hasta el 1 de febrero del 2016.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Barbara Oscatid Pin Macias y Carmen Agustina Torres Castro		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Lic. Mariana Estela Riofrío Cruz		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Medicina		
CARRERA:	Escuela de Enfermería San Vicente de Paul		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de marzo 2016	No. DE PÁGINAS:	63
ÁREAS TEMÁTICAS:	Prevalencia de hipertensión.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	hipertensión arterial, factores de riesgo, consumo de alimentos, adultos mayores, calidad de vida y prevalencia.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión arterial dicha enfermedad afecta a más de 1000 millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, además de degenerar algunos órganos del cuerpo humano. Los investigadores calculan que la hipertensión arterial es la causa por la que mueren anualmente 9 millones de personas. (Organización Mundial de la Salud, 2013). Con el objetivo de determinar la prevalencia de hipertensión arterial se realizó este estudio en los adultos mayores asilados en las salas San José, San Vicente y San Antonio del Hogar Corazón de Jesús de Guayaquil, dicha investigación es de tipo descriptivo, documental y transversal con una población de 106 individuos, se identificó características demográficas y hábitos tóxicos. La prevalencia de hipertensión arterial fue de 66%. Para la recolección de datos se utilizó una ficha documental que facilitó la obtención de datos desde la página geriges.com.ec, se encontró que la mayoría tiene más de 85 años de edad y durante su vida han tenido hábitos tóxicos tales como: consumo de alcohol, tabaco y drogas, aumentado así el riesgo cardiovascular en ellos; en cuanto a la dieta no reciben la alimentación adecuada de acuerdo a la patología que padecen. Se recomienda el diseño de un plan para el seguimiento terapéutico con el fin de mejorar la atención y la calidad de vida de los asilados hipertensos.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 – 0994394673/0985769889	E-mail: barbaraisrael2011@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lic. Mariana Estela Riofrío Cruz		
	Teléfono: +593- 994517350		
	E-mail: marianariofriocruz@hotmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			