



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-02-12

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. MILAGROS GARCÍA Prof. EURIDICE ROA y Prof. HECTOR CIPRIANI, Reunidos en: Auditorium de Apudo

a la hora: 3:00 pm.

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR

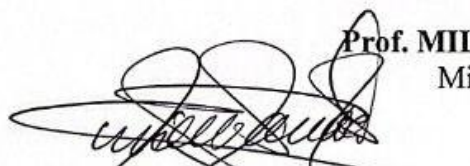
Del Bachiller BRAVO GÓMEZ, BÁRBARA DE LOS ÁNGELES C.I.: 26870658, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 08 días del mes de Marzo de 2024.


Prof. EURIDICE ROA
 Miembro Principal


Prof. MILAGROS GARCÍA
 Miembro Tutor


Prof. HECTOR CIPRIANI
 Miembro Principal


Prof. IVÁN AMADOR RODRÍGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLIVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-02-12

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. MILAGROS GARCÍA Prof. EURIDICE ROA y Prof. HECTOR CIPRIANI, Reunidos en: Auditorium de APUDO

a la hora: 3:00 PM

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR


Del Bachiller DAVIS ZAPATA, ALFREDO JOSÉ C.I.: 25644677, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 08 días del mes de Marzo de 2024.


 Prof. EURIDICE ROA
 Miembro Principal


 Prof. MILAGROS GARCÍA
 Miembro Tutor


 Prof. HECTOR CIPRIANI
 Miembro Principal


 Prof. IVÁN AMAADOR RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
SISTÉMICA. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y
PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR.
ENERO - JUNIO 2023.**

Tutora:
Prof. Milagros García

Trabajo de grado presentado por:
Br. Bravo Gómez, Bárbara de los
Ángeles

C.I. 26.870.658

Br. Davis Zapata, Alfredo José

C.I. 25.644.677

**Como requisito parcial para optar al
título de Médico Cirujano**

CIUDAD BOLÍVAR, MARZO 2024

INDICE

INDICE	IV
INDICE DE TABLAS	VI
DEDICATORIA	VII
DEDICATORIA	VIII
AGRADECIMIENTOS	IX
AGRADECIMIENTOS	X
RESUMEN.....	XI
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVOS	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos	13
METODOLOGÍA	14
Diseño de estudio.....	14
Universo.....	14
Muestra	14
Criterios de inclusión.....	14
Criterios de exclusión	15
Operacionalización de variables	15
Procedimiento para la recolección de datos.....	16
Método estadístico y tabulación de resultados	17

RESULTADOS.....	18
Tabla 1.....	19
Tabla 2.....	21
Tabla 3.....	23
Tabla 4.....	24
Tabla 5.....	25
Tabla 6.....	26
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
APÉNDICES.....	42
APÉNDICE A.....	43
APÉNDICE B.....	44
APÉNDICE C.....	45
APÉNDICE D.....	46
APÉNDICE E.....	47
ANEXOS.....	48
ANEXO A.....	49

INDICE DE TABLAS

RESULTADOS.....	18
Tabla 1.	19
Tabla 2.	21
Tabla 3.	23
Tabla 4.	24
Tabla 5.	25
Tabla 6.	26

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo es dedicado principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para seguir adelante y no desmayar ante las adversidades.

Para mi familia, quienes me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi perseverancia y mi coraje para conseguir mis objetivos. Mis logros también son los suyos.

Para mis queridos abuelos, Edwin Gómez e Hilda Anaya de Gómez, quienes me acompañan desde la infancia, cuya paciencia, cuidados, consejos, y amor han sido pilar y apoyo fundamental en mi formación académica y vida personal.

Para mis padres, Johnatan González y Evelyn Gómez de González, por demostrarme que ser familia es un sentimiento, y que ni la más larga distancia podrá separarnos, por ser ejemplo de esfuerzo, valentía y resiliencia, por brindarme confianza, consejos, amor y ayuda en los momentos difíciles.

Para mis pequeños hermanos, Fabián y Pablo González, por lo que representan para mí, por su amor incondicional, quienes con su inocencia de la niñez me han regalado momentos hermosos.

Para mis tíos, Manuel Gómez y María Maury, quienes diariamente con su presencia, respaldo y cariño me impulsan para salir adelante.

Para mi novio, Joseph Pérez, por ser fuente de motivación y cuyo apoyo ha sido fundamental estos últimos años.

—*Bravo Gómez; Bárbara de los Ángeles*

DEDICATORIA

Se lo dedico primeramente a Dios, lo más grande y maravilloso que tiene mi vida, por estar siempre a mi lado, por estar las veces que he caído. Bendito seas señor porque fuiste tu mi sostén en momentos difíciles, gracias por ser mi fortaleza, mi protector en la vida y en mi formación académica como profesional de la medicina y como ser humano.

Al tesoro máspreciado que me ha regalado Dios, mi familia, por ser mi apoyo incondicional, por su ayuda espiritual, emocional y económica que con amor y esfuerzo me han brindado. Por enseñarme los principios y valores que hoy me hacen ser la persona de bien que soy. Para ustedes Titia, Mami y Nelita.

A mis maestros que formaron en mí la capacidad de seguir creciendo académicamente, a todos y cada uno de ellos desde mis inicios en la universidad

Finalmente, a todas aquellas personas que me ayudaron de una u otra forma a lograr esta meta de muchas que vendrán en camino gracias por estar allí incondicionalmente para este servidor.

¡Para Ustedes!

—*Davis Zapata, Alfredo José*

AGRADECIMIENTOS

Primero y, antes que nada, dar Gracias a Dios por guiarme en cada paso, por fortalecer mi corazón, iluminar mi mente y permitirme llegar a este momento.

Gracias a mi familia, quienes me han apoyado para poder llegar a esta instancia de mis estudios. Por ser pilar fundamental en mi formación académica.

A mi compañero de tesis, Alfredo Davis, por su compromiso en este trabajo, porque hacemos un excelente equipo y juntos llegamos más lejos.

A nuestra tutora de tesis, Dra. Milagros García por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento y guiarnos con mucha paciencia durante el desarrollo de la tesis.

Gracias a mis amigas, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas.

Gracias a todas aquellas personas que durante estos años fueron de gran apoyo.

Gracias a todos.

—*Bravo Gómez; Bárbara de los Ángeles*

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a Dios nuestro señor, por haberme permitido alcanzar otro peldaño más en el largo camino de la vida, gracias señor porque hiciste de mí una persona capaz y formada, bendito seas porque colocaste en mi camino todas las pruebas de superación y al mismo tiempo colocaste todos los instrumentos para que hoy en día esté en el lugar que estoy. GRACIAS infinitamente Dios.

Gracias a mi familia por ser ese apoyo incondicional y permanente, por ser el pilar fundamental en todo este camino. Gracias Titia, Mami y Nelita, mi motivo de seguir, mi fuerza en los momentos de angustia, y mi ayuda en los momentos difíciles, GRACIAS porque sin ustedes nada de esto fuera real. Gracias a mis demás seres queridos porque todos han puesto un granito de arena para que yo pudiera alcanzar.

A mí universidad, a mi instrumento que Dios puso en mi camino, gracias a mi Universidad de Oriente, la casa formadora de los mejores profesionales, la casa que encendió la luz de mi futuro profesional, definitivamente la Casa más Alta.

A todas y cada una de las personas que colaboraron no solo en la realización de esta investigación, sino también en el transcurso de mi carrera. Gracias a mi Compañera de Tesis Barbara Bravo por ser ejemplo de esfuerzo, tiempo y dedicación en nuestro trabajo de grado.

A todos mis maestros que me brindaron su confianza y apoyo y dejaron huellas imborrables en mi corazón y pensamientos. En especial a nuestra Tutora, la Dra. Milagros García, no sólo por su formación académica sino también por su apoyo incondicional y conocimientos específicos en la elaboración de nuestro trabajo.

—Davis Zapata, Alfredo José



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA. SERVICIO
DE EMERGENCIA DE ADULTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO
BOLÍVAR. ENERO - JUNIO 2023.**

Tutor: Dra. Milagros García

Autores: Bravo Gómez, Bárbara de los
Ángeles
Davis Zapata, Alfredo José

RESUMEN

La HTA interviene en la función y estructura cerebral, debido a los constantes cambios en la presión arterial. Las investigaciones indican como la hipertensión arterial incrementa en un 50 % la posibilidad de que el sujeto pueda desarrollar diversos tipos de demencias. **Objetivo:** Determinar la función cognitiva de pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica. **Metodología:** Correlacional, descriptivo, de corte transversal, de campo, no experimental. **Universo:** Estuvo representado por todos los adultos mayores con diagnóstico de HTA que fueron atendidos en el servicio de Emergencias del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el periodo de Enero - Junio del 2023. **Muestra:** Estuvo conformada por 46 adultos mayores con diagnóstico de HTA que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se observó una media de edad de 68,98 años y una desviación típica de $\pm 9,42$ años. El grupo etario predominante fue el de 60-66 años (45,65%), del sexo femenino (65,22%), solteros (60,87%), con estudios hasta la primaria (54,35%), ama de casa (54,35%). El 36,96% de los pacientes fue diagnosticado hace más de 20 años, 86,96% estaban controlados, 41,30% usaba un esquema farmacológico de monoterapia, 21,74% eran ARA II. El esquema combinado más común fueron los ARA II + B.C. Ca con 23,91%. 60,87% no presentaron comorbilidades, y 39,13% si, la diabetes fue la más común con 34,78%. El 100% de los pacientes presentó función cognitiva anormal. **Conclusión:** Se determinó que el total de la muestra tenía algún grado de alteración de su función cognitiva.

Palabras claves: Hipertensión, deterioro cognitivo, adultos mayores.

INTRODUCCIÓN

Aquellas enfermedades para las cuales aún no se conoce una solución definitiva y el éxito terapéutico consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el consumo constante de fármacos, se les conoce como enfermedades crónicas¹.

Dichas enfermedades, hoy por hoy, son las causantes de la mayoría de muertes y de discapacidades mundiales, pues cerca del 46% de la población mundial tiene alguna enfermedad crónica y, aproximadamente, 60% de los 58 millones de muertes anuales son causadas por las mismas. Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes, entre otras¹.

Los estudios epidemiológicos han señalado como primera causa de morbilidad y mortalidad mundial a las enfermedades cardiovasculares, que incluyen: enfermedad cerebro vascular, enfermedad coronaria y enfermedad arterioesclerótica, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo más importante para el desarrollo de éstas².

A finales del siglo XIX, la fisiología cardiovascular había logrado avances importantes, se conocía con claridad la circulación sanguínea y el concepto de presión arterial, incluso se podían realizar mediciones directas en animales de experimentación³.

Derivado de astutas observaciones clínicas, grupos de médicos se habían percatado del hecho de que la intensidad del pulso arterial estaba asociado a la presencia de una elevación de la presión arterial en el árbol circulatorio. En aquella época la medición de este fenómeno era sencilla, consistía en colocar los dedos sobre la arteria radial y reportar su intensidad³.

En 1896, el conocimiento médico sobre las enfermedades cardiovasculares dio un gran paso. La invención del nuevo esfigmomanómetro permitió medir la presión arterial de manera indirecta, siendo fundamental en el descubrimiento de los ruidos de Korotkoff, así como de la presión arterial diastólica y sistólica. La invención de este instrumento fue resultado de diversos avances e investigaciones que se desarrollaron casi de manera simultánea en centros independientes³.

En el año de 1855, Karl Vierordtlo aportó los cálculos necesarios para poder hacer la medición indirecta de la presión arterial, ejerciendo una presión externa de tal magnitud que pudiese ocluir el pulso arterial. Un año más tarde, Faivre en 1856, realizó la primera medición de la presión arterial en un ser humano³.

Samuel Von Basch en 1880, construye un esfigmomanómetro, el cual tiene la particularidad de ocluir el pulso arterial, mediante una bolsa llena de agua, inclusive fue capaz de medir la presión dentro de la misma, al momento que las pulsaciones desaparecen. Por primera vez describe las presiones arteriales medidas en forma indirecta en el hombre entre 160mmHg y 110mmHg. Aunque al principio prevalecería, el instrumento era muy complejo y poco práctico para usarse en la clínica³.

Finalmente, en el año 1896 el italiano Scipione Riva-Rocci publica Un Sfigmomanometro Nuovo, instrumento que se generaliza rápidamente, utilizándose por primera vez en el continente Americano en el año de 1901³.

La adecuada medición de la presión arterial es esencial para evaluar los riesgos relacionados al valor de la misma y decidir las estrategias para reducir el riesgo asociado a su elevación. El método auscultatorio, realizado por un observador entrenado con un esfigmomanómetro de mercurio, es el estándar de oro en la medición de presión arterial en la consulta. Sin embargo, el uso de los equipos de

mercurio está declinando por su contaminación, por lo que hace necesaria la utilización de otras alternativas, donde los equipos aneroides y oscilométricos ofrecen ser una opción⁴.

Los equipos esfigmomanométricos permiten la oclusión de una arteria con un brazalete inflable colocado en uno de los miembros, la desinflación gradual del brazalete restablece el flujo sanguíneo a la extremidad, la deformación arterial ocasionada por el brazalete condiciona una turbulencia en el flujo sanguíneo que origina ruidos que pueden ser detectados por el estetoscopio, siendo conocidos como ruidos de Korotkoff⁴.

El sistema circulatorio humano es una intrincada red de mecanismos destinados a mantener la homeostasis de presión y flujo pese a numerosas perturbaciones. Por tanto, una elevación constante de la presión arterial refleja un trastorno en las delicadas interrelaciones de los factores que mantienen este equilibrio⁵.

La hipertensión arterial esencial, o hipertensión de causa no determinada, es responsable de más del 90% de los casos de hipertensión vistos en la práctica médica. El hallazgo tiende a aparecer con carácter familiar más que individual y es representativo de una colección de enfermedades o síndromes, basados genéticamente en anomalías dependientes de una interacción ambiente-genotipo, y en consecuencia con diferentes severidades y tiempos de aparición⁵.

La relación entre la presión arterial y las complicaciones cardiovasculares es continua, lo que hace que la distinción entre normotensión e hipertensión basada en valores de corte de la PA sea en cierto modo arbitraria. Sin embargo, en la práctica clínica, los valores de corte de la PA se emplean por razones pragmáticas para simplificar el diagnóstico y las decisiones sobre el tratamiento⁶.

La relación entre la presión arterial y el riesgo cardiovascular epidemiológicamente se observa desde valores de presión arterial muy bajos (presión arterial sistólica $>115\text{mmHg}$). Sin embargo, la hipertensión se define como el nivel de presión arterial en el cual los beneficios del tratamiento (ya sea intervenciones en el estilo de vida o tratamiento farmacológico) superan claramente sus riesgos según los resultados de estudios clínicos⁶.

La hipertensión arterial se define como una presión arterial sistólica $\geq 140\text{mmHg}$ o una presión arterial diastólica $\geq 90\text{mmHg}$ medidas en consulta, se utiliza la misma clasificación para jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos⁶.

Actualmente se acepta que un paciente hipertenso, diagnosticado como tal, tiene control de la hipertensión arterial, cuando presenta cifras de presión arterial menores de 140mmHg de presión arterial sistólica y menos de 90mmHg de presión diastólica. La comunidad científica acepta también que para los hipertensos con diabetes mellitus o con enfermedad renal crónica, los valores para considerarlos como controlados, deben tener cifras menores de 130mmHg de presión arterial sistólica y de 80mmHg de presión arterial diastólica⁷.

Las personas con hipertensión tienen de 2 a 4 veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria; asimismo, la reducción de $5\text{-}6\text{mmHg}$ en la presión arterial disminuye de $20\text{-}25\%$ el riesgo de enfermedad coronaria. Sin embargo, cuando aumenta en 7.5mmHg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebrovascular, en contra posición el control de la presión arterial disminuye de 30 a 50% la incidencia de accidente cerebrovascular².

Basándonos en la presión arterial medida en consulta, la prevalencia mundial de la hipertensión arterial se ha estimado en 1.130 millones en 2015, con una prevalencia >150 millones en Europa central y oriental. En términos generales, la hipertensión

arterial en adultos se sitúa alrededor de un 30-45%, con una prevalencia global estandarizada por edad del 24 y el 20% de los varones y las mujeres en 2015⁶.

La alta prevalencia de la hipertensión arterial es comparable en todo el mundo, independientemente del nivel de renta del país, es decir, en países con ingresos bajos, medios o altos. La hipertensión arterial es más frecuente a edades avanzadas, y alcanza una prevalencia que supera el 60% de las personas de más de 60 años⁶.

Existen factores de riesgo que predisponen a los individuos a presentar hipertensión arterial. Diversos estudios han demostrado la diversidad de factores modificables y no modificables relacionados al desarrollo de la misma. Algunos, como la edad o el género no son modificables, mientras que el consumo de tabaco y alcohol, la obesidad y otros, lo son⁸.

Asimismo, existen factores psico-socio-culturales que según estudios previos tienen asociación con la hipertensión arterial y se establecen de acuerdo a la modificación de los mismos. Así, factores modificables se encuentran asociados con una mayor prevalencia de hipertensión arterial en varones. De igual modo, se observó que un bajo nivel de educación, índice de masa corporal aumentado y residentes en zonas urbanas estaban asociados con hipertensión arterial⁹.

La presión arterial evoluciona con la edad; hasta los años 50 es mayor en hombres que en mujeres, igualándose e incluso aumentando en mujeres. La prevalencia de presión arterial controlada parece ser similar entre sexos, pero la prevalencia de enfermedad cardiovascular es mayor en mujeres que en hombres. Por tanto, debe considerarse la posibilidad de que la presión arterial influya en el riesgo cardiovascular de forma diferente según el sexo. Mientras que algunos estudios sugieren que no existe diferencia, otros han mostrado evidencia de un mayor riesgo en las mujeres con respecto a los hombres a pesar de la misma presión arterial¹⁰.

Tanto la presión arterial medida en consulta como la presión arterial ambulatoria tienen una relación independiente y continua con la incidencia de algunos eventos cardiovasculares (ictus hemorrágico, ictus isquémico, infarto de miocardio, muerte súbita y enfermedad arterial periférica), además de enfermedad renal terminal. La evidencia acumulada relaciona estrechamente la hipertensión arterial con un aumento del riesgo de aparición de fibrilación auricular y hay nueva evidencia sobre la relación entre el aumento prematuro de los valores de presión arterial con un aumento de riesgo de deterioro cognitivo y demencia⁶.

Las complicaciones cardíacas del hipertenso conforman la denominada cardiopatía hipertensiva. Esta es un complejo y variable conjunto de efectos anatómicos, funcionales y bioquímicos que es manifiesto por la elevación crónica de la presión arterial¹³. Estas complicaciones se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. El tratamiento temprano de la hipertensión arterial tiene importantes beneficios en términos de prevención de complicaciones, así como de menor riesgo de mortalidad¹¹.

La hipertensión arterial afecta a varios órganos y sistemas; siendo el cerebro uno de los múltiples órganos que se afectan por la misma, pudiendo determinar desde el deterioro cognitivo leve hasta la demencia¹².

Para el sistema vascular del encéfalo existen las mayores evidencias del valor de la presión arterial como factor de riesgo. El riesgo de daño por lesión vascular comienza oculto para la sensibilidad del interrogatorio y examen físico habitual y solo sale a la luz en esta fase mediante estudios de neuroimagen¹³.

Entre las manifestaciones más tempranas del daño vascular encefálico por hipertensión arterial están el deterioro cognitivo y trastornos de la marcha. Las expresiones clínicas del daño vascular por hipertensión arterial son las diferentes

formas de enfermedad cerebrovascular, a saber, los episodios de ataques isquémicos transitorios, los eventos isquémicos y hemorrágicos con lesión focal evidente, las encefalopatías hipertensivas y las demencias vasculares¹³.

La hipertensión arterial interviene en la función y estructura cerebral, debido a los constantes cambios en la presión arterial. Particularmente, se encuentra una asociación entre la presión arterial sistólica alta con una reducción en el volumen cerebral con el transcurso del tiempo. Las investigaciones indican como la hipertensión arterial incrementa en un 50 % la posibilidad de que el sujeto pueda desarrollar diversos tipos de demencias¹².

En este sentido, la función cognitiva es el conjunto de operaciones mentales que se efectúan mediante la interpretación perceptual de estímulos para transferirla a una respuesta o conducta de desempeño. En estas operaciones se encuentran involucrados los procesos cognitivos simples y complejos como: sensación, percepción, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje e inteligencia¹⁴.

La función cognitiva incluye una serie de dominios que pueden estar afectados en mayor o menor intensidad y, en consecuencia, deben ser analizados. A veces, solo encontraremos un dominio afectado. La memoria es un conjunto de procesos mentales de orden superior que incluyen la recolección, el almacenamiento y la recuperación de la información. La conceptualización de la memoria comprende la memoria declarativa (episódica y semántica) y la no declarativa¹⁵.

El deterioro en la memoria episódica es un buen marcador evolutivo del Deterioro Cognitivo Leve. Este tipo de memoria está mediado por estructuras temporales mediales (hipocampo y córtex entorrinal). La memoria semántica tiene que ver con los conocimientos generales y ya desvinculados del contexto espacial y

temporal del aprendizaje. Este tipo de memoria se suele mantener preservada en el deterioro cognitivo leve¹⁵.

El término deterioro cognitivo leve fue introducido en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker como una situación de disfunción cognitiva, que no alcanza el grado de demencia en el contexto clínico inicial de la enfermedad de Alzheimer¹⁵. Agrupa a sujetos que presentan fallas cognitivas sin demencia, pero con alto riesgo de evolucionar a la misma. El riesgo de progresión oscila entre un 10-25% por año. Es considerado un estado transicional entre la normalidad de la salud cognitiva y la demencia, en la que los pacientes no presentan un compromiso esencial en las actividades de la vida diaria, sin embargo, se trata de una condición patológica y no un proceso normal asociado a la edad¹⁶.

Las guías aconsejan la realización de pruebas cognitivas durante la evaluación clínica de pacientes hipertensos. En los últimos años se han elaborado algunos instrumentos para la detección no solo de demencia sino también de deterioro cognitivo leve²⁰.

El test de MoCA (Montreal Cognitive Assessment) es uno de los instrumentos elaborados como cribado del DCL con buenos resultados en la literatura internacional. Este instrumento de tamizaje ha sido traducido en varios idiomas y validado en diversos países²⁰.

La descripción original del MoCA valora 6 dominios cognitivos, la puntuación total es de 30 puntos. Se realiza una corrección de 1 punto para pacientes con 12 o menos años de escolaridad. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 10 minutos²⁰.

Los ítems del MoCA se distribuyen de la siguiente forma: 1) Memoria: Consta de dos ensayos de aprendizaje y recuerdo diferido de 5 palabras (sin puntos). 2) Capacidad visuo-espacial: se evalúa con el test del reloj (3 puntos). Copia de un cubo (1 punto). 3) Función ejecutiva: una tarea de alternancia gráfica adaptada del Trail making test B (1 punto), una de fluencia fonémica (1 punto) y dos ítems de abstracción verbal (2 puntos). 4) Atención /concentración /memoria de trabajo: mediante una tarea de atención sostenida (1 punto), una serie de sustracciones (3 puntos) y una de dos dígitos (2 puntos). 5) Lenguaje: se evalúa 3 ítems, denominación por confrontación visual de tres animales de bajo grado de familiaridad (3 puntos), repetición de dos frases complejas (2 puntos) y la tarea de fluencia antes mencionada. 6) Orientación: se evalúa orientación en tiempo y espacio (6 puntos)²⁰.

El riesgo de desarrollar demencia se asocia tanto a factores ambientales como genéticos. Entre los factores de riesgo modificables se reconocen: la hipertensión arterial y enfermedades vasculares²⁰. El mecanismo clave del efecto de la enfermedad cardiovascular sobre la unidad neurovascular no es conocido. Parece deberse a lesión directa de los mecanismos que mantienen la presión de perfusión cerebral estable, o al compromiso indirecto por efecto de la disminución del gasto cardíaco en la enfermedad coronaria y/o en arritmias cardíacas; estos mecanismos parecerían ser el nexo entre estas patologías y el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo leve o demencia⁸.

Los mecanismos fisiopatológicos pueden actuar de manera individual o en conjunto sobre la unidad neurovascular y sobre la protección cerebral en las oscilaciones de la presión de perfusión⁸.

Estas lesiones vasculares encefálicas son las más precoces y más frecuentes que sus homólogas de localización renal y cardíaca. Es necesario aclarar que la sensibilidad del examen clínico se incrementaría de realizarse pruebas

neuropsicológicas que evidencian afectaciones encefálicas de origen microvascular como microinfartos lacunares y las microhemorragias, ubicadas en zonas que resultan silentes para las formas del examen clínico habitual y predicen eventos clínicos más claros. Estas lesiones encefálicas dependen de vasos penetrantes que carecen de mecanismos de autocontrol del flujo de manera que son afectados tanto por disminución como por aumento de la tensión arterial¹³.

Muchos estudios muestran un mayor riesgo de desarrollar deterioro cognitivo leve en las personas con enfermedades cardiovasculares; un estudio transversal en Chile, concluyó que, de 62 pacientes con cardiopatía coronaria sin antecedentes de enfermedad cerebrovascular, el 37% (23 pacientes) presentó deterioro cognitivo, de los cuales 3 pacientes presentaron demencia, y 20 deterioro cognitivo sin demencia¹⁶.

Autores de un estudio longitudinal realizado en California, concluyeron que la enfermedad cardiovascular aumenta el riesgo de padecer deterioro cognitivo leve y, las probabilidades de padecerlo se incrementaron en un 50% a 60% para sujetos con antecedentes de eventos vasculares, enfermedad vascular subclínica, o exámenes de resonancia magnética de estas enfermedades¹⁶.

En un estudio realizado en el 2020 en Ecuador, de tipo observacional transversal, se evaluaron a 570 pacientes hipertensos de 45 a 65 años, que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, para la evaluación de la función cognitiva por medio del MoCA. El 93,3% de los participantes sometidos a la prueba MoCA presentó un puntaje menor de 26. El promedio del puntaje total fue de 18,9 y el 51,6% de los participantes reveló deterioro cognitivo leve. Se obtuvo una correlación negativa del 40% (-0.40) con una $p=0.0015$ entre años con hipertensión arterial y el resultado total de la prueba MoCA.²¹

En un nuevo estudio de cohorte en Nueva York, concluyeron que la hipertensión arterial también está relacionada con un mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo leve¹⁶.

En Venezuela efectuaron un estudio poblacional donde participaron 81 adultos mayores divididos en dos grupos, el sexo femenino que representó el 55.55% del total, mientras que el sexo masculino el 49,44%. Se encontró una incidencia de hipertensión arterial de 51,85%. Se llegó a inferir en este estudio que los adultos mayores hipertensos presentan una incidencia de deterioro cognitivo de 30.95%¹⁰.

Esta relación entre hipertensión arterial y demencia tiene importantes implicaciones para considerar en nuestros procesos de atención primaria y secundaria, relacionados con el manejo de pacientes hipertensos y su tratamiento.

Debido a la escasa información en la literatura sobre el tema planteado, la alta prevalencia de hipertensión arterial en el Hospital Universitario Ruiz y Páez, y al resto de los aspectos anteriormente mencionados, se hace necesario realizar el presente estudio, ya que la hipertensión arterial es la afección crónica más frecuente en la población adulta; se comporta como factor de riesgo para padecer las enfermedades que se encuentran entre las más importantes causas de muerte en los países desarrollados y en la mayor parte de los países en vías de desarrollo. Por ello se plantean las siguientes preguntas de investigación: 1) ¿Existe deterioro cognitivo en los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial sistémica atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Ruiz y Páez? 2) ¿Las características de la enfermedad en cada paciente propiciarán el desarrollo de deterioro cognitivo leve? 3) ¿Las posibles comorbilidades presentes en cada paciente favorecerán al desarrollo de deterioro cognitivo?

JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial sistémica es un importante problema de salud pública, no sólo por su alta incidencia y prevalencia, sino por su estrecha asociación con el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Afecta a cerca de 50 millones de personas en Estados Unidos y a cerca de 1.000 millones en todo el mundo.

La mortalidad por enfermedad vascular, tanto coronaria como cerebral, ha disminuido sustancialmente en la segunda mitad del siglo XX. La aparición de una amplia variedad de fármacos que permitieron modular los sistemas adrenérgico y renina-angiotensina o controlar las concentraciones de colesterol, junto con el conocimiento de la patología aterosclerótica y el desarrollo de técnicas, se explica de algún modo este fenómeno. Sin embargo, las enfermedades cardio y cerebrovasculares son y continuarán siendo, según las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las dos primeras causas de muerte en el mundo con el agravante en el futuro de un incremento en el número de muertes por hipertensión arterial y por demencias.

Una importante cantidad de datos a nivel clínico, patológico y epidemiológico apoyan la asociación entre factores de riesgo cardiovascular y deterioro cognitivo. Algunos de estos factores pueden tener una relación no monotónica y, además, la mayoría de ellos pueden ser modificables.¹⁹ Por todo lo mencionado, se justifica la presente investigación, que además servirá como aporte de información para los profesionales médicos que atienden a esta población en especial. Así, también, los resultados que se encuentren serán de utilidad para conocer la realidad del nosocomio en estudios y estos servirán para futuros estudios que se realicen al respecto.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la función cognitiva de pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica. Servicio de emergencia de adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Enero - Junio 2023.

Objetivos específicos

1. Clasificar a los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica según sus características sociodemográficas (edad, sexo, procedencia, grado de instrucción, ocupación y estado civil).
2. Agrupar a los adultos mayores hipertensos según las características de la enfermedad (paciente controlado o no controlado, tiempo de diagnóstico, acciones terapéuticas)
3. Identificar la presencia de comorbilidades en los adultos mayores hipertensos.
4. Determinar la función cognitiva de los adultos mayores hipertensos.
5. Correlacionar la función cognitiva de los pacientes hipertensos con el tiempo diagnóstico.
6. Correlacionar la función cognitiva de los pacientes hipertensos con posibles comorbilidades existentes.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Correlacional, descriptivo, de corte transversal, de campo, no experimental.

Universo

Estuvo representado por todos aquellos adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial que fueron atendidos en el servicio de Emergencias del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el periodo de Enero - Junio del 2023.

Muestra

Estuvo conformada por 46 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial que fueron atendidos en el servicio de Emergencias del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el periodo de Enero - Junio del 2023, y que cumplieron con los criterios de inclusión del presente estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos ≥ 60 años.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.
- Pacientes que hayan previamente firmado el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes con algún déficit sensorial, motor o enfermedad mental (con o sin diagnóstico) que imposibilite responder el test a aplicar.
- Pacientes que fueron atendidos en otros servicios.
- Pacientes sin diagnóstico previo.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

Operacionalización de variables

Variable	Descripción	Forma de medición
Sexo	Identidad del individuo bajo estudio de acuerdo al sexo biológico que lo identifica.	Femenino, masculino.
Edad	Tiempo de vida que posee el individuo bajo estudio.	Mayor o igual a 60 años
Grado de instrucción	Nivel educativo que posee la persona.	Primaria, Secundaria, Universitaria
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones, actividades o tareas que desempeña un individuo en su empleo, oficio o puesto.	Ama de casa, comerciante, jubilado, otros
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y	Soltero, casado, divorciado, viudo.

	que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	
Presencia de comorbilidades	Término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona	No, Sí, ¿Cuáles?
Tiempo diagnóstico	Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una enfermedad o el comienzo del tratamiento hasta la actualidad	< de 10 años, de 10 a 20 años, > a 20 años
Acciones terapéuticas	Tratamiento administrado con el fin de disminuir, o aliviar los síntomas de la enfermedad	Monoterapia, terapia combinada

Procedimiento para la recolección de datos

En primer lugar, se realizó una carta dirigida al Dr. Luis Brito, Jefe del servicio de Emergencia de adultos del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, para solicitar los permisos correspondientes a fin de obtener la información necesaria para la realización del estudio en cuestión (Apéndice A). Posteriormente se procedió a entregar a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, un consentimiento informado en el cual aceptaban su participación voluntaria en el estudio (Apéndice B). Seguidamente, mediante la anamnesis y revisión de las historias clínicas, se realizó la recolección de las variables sociodemográficas tales como: edad, sexo, procedencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil, presencia de comorbilidades, tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial y acciones terapéuticas (Apéndice C y D).

Para la determinación de la función cognitiva se hizo uso de Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA por sus siglas en inglés) (Anexo A), la cual constituye un instrumento breve, de fácil aplicación, que ha mostrado una adecuada capacidad para la detección del deterioro cognitivo. Fue desarrollado para la detección de deterioro cognitivo en pacientes que presentan un perfil cognitivo complejo, como el deterioro cognitivo leve (determinado cuando existe una declinación de las funciones mentales pero que no cumple criterios para considerarse demencia), incluyendo reactivos que exigen mayor estabilidad cognitiva para calificarse como normales, sobre todo en el área de las funciones ejecutivas y la evocación de memoria.

Este instrumento ha sido ampliamente utilizado, examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluida la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visoconstructivas, cálculo y orientación. El tiempo para su administración es de aproximadamente 10 minutos. El puntaje máximo es de 30 y un puntaje igual o superior a 26 se considera normal. Sus parámetros psicométricos han mostrado una alta confiabilidad y validez en trabajos publicados en otros países.

Método estadístico y tabulación de resultados

Los resultados fueron presentados mediante tablas de frecuencia simple de una variable (Tablas 1, 2, 3 y 4) haciendo uso de la estadística descriptiva, utilizando valores absolutos y el porcentaje como medida de frecuencia relativa, y tablas de contingencia (Tablas 5 y 6) para relacionar variables haciendo uso de la estadística inferencial. Para la elaboración de la base de datos se utilizó el programa Microsoft Excel® 2021 y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos.

RESULTADOS

TABLA 1.
Distribución de adultos mayores con diagnóstico de HTA sistémica según
características sociodemográficas. Servicio de Emergencia de Adultos. Complejo
Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.
Enero - Junio 2023.

Característica	Total (n=46; 100%)	
<i>Edad</i>	n	%
60-66 años	21	45,65
67-73 años	12	26,09
74-80 años	8	17,39
81-87 años	3	6,52
88-94 años	1	2,17
>95	1	2,17
Subtotal	46	100
<i>Sexo</i>	n	%
Femenino	30	65,22
Masculino	16	34,78
Subtotal	46	100
<i>Estado civil</i>	n	%
Soltero	28	60,87
Casado	15	32,61
Divorciado	2	4,35
Viudo	1	2,17
Subtotal	46	100
<i>Grado de instrucción</i>	n	%
Primaria	25	54,35
Bachillerato	16	34,78
Universitaria	5	10,87
Subtotal	46	100
<i>Ocupación</i>	n	%
Ama de casa	25	54,35
Comerciante	5	10,87
Jubilado	8	17,39
Otros	8	17,39
Subtotal	46	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos sociodemográficos aplicado por los investigadores, enero-junio 2023.

Datos globales: $\chi=68,98$ años; $\sigma= \pm 9,42$ años.

En la tabla 1 se puede evidenciar que el grupo etario predominante fue el de 60-66 años con 45,65% (n=21/46) con una media de edad de 68,98 años y una desviación típica de $\pm 9,42$ años. El sexo femenino prevaleció sobre el masculino, con un 65,22% (n=30/46). La mayoría de los encuestados eran solteros 60,87% (n=28/46), seguidamente de los casados con un 32,61% (n=15/46). Con respecto al grado de instrucción, 54,35% (n=25/46) de los pacientes tenían estudios hasta la primaria, seguidamente con aquellos con estudios hasta el Bachillerato 34,78% (n=16/46). La ocupación más frecuentemente registrada fue la de Ama de casa en el 54,35% (n=25/46) de los casos, seguidamente de los Jubilados con el 17,39% (n=8/46).

TABLA 2.
Distribución de adultos mayores con diagnóstico de HTA sistémica según características de la enfermedad. Servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Enero - Junio 2023.

Característica	Total (n=46; 100%)	
<i>Tiempo diagnóstico</i>	n	%
<10 años	14	30,43
10-20 años	15	32,61
>20años	17	36,96
Subtotal	46	100
<i>Control terapéutico</i>	n	%
Controlado	40	86,96
No controlado	6	13,04
Subtotal	46	100
<i>Esquema terapeutico</i>	n	%
Monoterapia	19	41,30
Combinada	21	45,65
Subtotal	40	86,96
<i>Esquema de monoterapia</i>	n	%
IECAS	4	8,70
ARA II	10	21,74
B-Bloqueantes	2	4,35
B.C Calcio	3	6,52
Subtotal	19	41,30
<i>Esquema combinado</i>	n	%
ARA II + B.C. Ca	11	23,91
ARA II + A.B-Bloqueantes	4	8,70
ARA II + IECA	1	2,17
IECA + B-Bloqueantes	2	4,35
IECA + B.C.Ca	1	2,17
IECA + B.C.Ca + A.B-Bloqueantes	1	2,17
B.C Ca + A.B-Bloqueantes	1	2,17
Subtotal	21	45,65

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por los investigadores, enero-junio 2023.

Según las características de la enfermedad, en la tabla 2 se observa que la mayoría de los pacientes 36,96% (n=17/46) tenía un tiempo diagnóstico de más de 20 años, seguidamente de aquellos con un tiempo diagnóstico de entre 10-20 años (n=15/46; 32,61%). En relación al control terapéutico el 86,96% (n=40/46) se encontraban controlados, mientras que el 13,04% (n=6/46) restante no. Según su esquema terapéutico, aquellos con monoterapia representaron el 41,30% (n=19/40), mientras que aquellos que recibían terapia combinada el 45,65% (n=21/40). Los fármacos más utilizados en el esquema monoterapéutico fueron los ARA II en el 21,74% (n=10/40) de los casos, seguidamente de los IECAS 8,70% (n=4/40) y los B. C Calcio en un 6,52% (n=3/40) respectivamente. El esquema terapéutico combinado más utilizado fueron los ARA II + B.C. Ca en un 23,91% (n=11/40), seguidamente de los ARA II + A.B-Bloqueantes en un 8,70% (n=4/40).

TABLA 3.

Distribución de adultos mayores con diagnóstico de HTA sistémica según comorbilidades asociadas. Servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Enero - Junio 2023.

Característica	Total (n=46; 100%)	
<i>Presencia de comorbilidades</i>	n	%
No	28	60,87
Si	18	39,13
Subtotal	46	100
<i>Comorbilidades</i>	Total (n=18; 39,13%)	
DM II	16	34,78
IC	1	2,17
Asma	1	2,17
Subtotal	18	39,13

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por los investigadores, enero-junio 2023.

En relación a la presencia de comorbilidades, en la tabla 3 se aprecia que el 60,87% (n=28/46) de los encuestados, no presentaban comorbilidades asociadas, mientras que el 39,13% (n=18/46) restante sí. De estos, la mayoría (34,78%; n=16/46) presentó DM II como principal comorbilidad asociada, seguidamente de aquellos con IC y asma, ambos en un 2,17% (n=1/46) respectivamente.

TABLA 4.

Distribución de adultos mayores con diagnóstico de HTA sistémica según función cognitiva. Servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Enero - Junio 2023.

Función cognitiva	Total (n=46; 100%)	
	n	%
Anormal	46	100
Normal	0	0,00
Total	46	100

Fuente: Test de MoCA aplicado por los investigadores, enero-junio 2023.

En la tabla 4, se puede evidenciar que el 100% (n=46/46) de los encuestados presentó algún grado de deterioro cognitivo.

TABLA 5.

Distribución de adultos mayores según función cognitiva y tiempo diagnóstico de HTA sistémica. Servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Enero - Junio 2023.

Tiempo diagnóstico de HTA sistémica	Función cognitiva				Total	
	Normal		Anormal		n	%
	n	%	n	%		
<10 años	0	0,00	14	30,43	14	30,43
10-20 años	0	0,00	15	32,61	15	32,61
>20 años	0	0,00	17	36,96	17	36,96
Total	0	0	46	100	46	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos Test de MoCA aplicado por los investigadores, enero-junio 2023.

En la tabla 5, al relacionar el tiempo diagnóstico con el deterioro cognitivo, se observó que del 100% (n=46/46) de los encuestados que tenían algún grado de deterioro cognitivo, el 36,96% (n=17/46) tenían más de 20 años con diagnóstico de HTA, seguidamente de aquellos entre 10 y 20 años de haber sido diagnosticados (32,61%; n=15/46). En tercer lugar, se encontraron aquellos con un tiempo diagnóstico menos a 10 años en un 30,43% (n=14/46) de los casos.

TABLA 6.

Distribución de adultos mayores con diagnóstico de HTA sistémica según función cognitiva y presencia de comorbilidades. Servicio de Emergencia de Adultos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Enero - Junio 2023.

Presencia de comorbilidades	Función cognitiva				Total	
	Normal		Anormal		n	%
	n	%	n	%		
Si	0	0,00	18	39,13	18	39,13
No	0	0,00	28	60,87	28	60,87
Total	0	0	46	100	46	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos Test de MoCA aplicado por los investigadores, enero-junio 2023.

Respecto a la relación entre la presencia de comorbilidades y el deterioro cognitivo, en la tabla 6 se puede evidenciar que del 100% (n=46/46) de los encuestados que tenían algún grado de deterioro cognitivo, el 60,87% (n=28/46) no tenían comorbilidades asociadas, seguidamente de aquellos que si la tenían en un 39,13% (n=18/46) de los casos.

DISCUSIÓN

El deterioro cognitivo en los pacientes con hipertensión arterial sistémica (HTA) ha sido, en los últimos años, un tema de creciente interés para la comunidad médica y científica. Se ha observado que la hipertensión arterial sistémica puede estar asociada con un mayor riesgo de deterioro cognitivo, demencia y enfermedad de Alzheimer. Estudios recientes han demostrado que la HTA no solo aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular, sino que también puede tener efectos perjudiciales en la estructura y función del cerebro a largo plazo. Se ha observado que la HTA puede causar daño en los vasos sanguíneos del cerebro, lo que a su vez puede contribuir al desarrollo de trastornos cognitivos.¹⁶

En esta investigación, se evaluó a 46 adultos mayores de adultos mayores con diagnóstico de HTA sistémica, en el Servicio de Emergencia de Adultos del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” que cumplieron con los criterios de inclusión de este estudio. De los 46 casos, se observó una media de edad de 68,98 años, con una desviación típica de $\pm 9,42$ años. El grupo etario predominante fue el de 60-66 años con un 45,65% de los casos. El sexo femenino prevaleció sobre el masculino en un 65,22%. Los solteros representaron el 60,87% de la muestra. 54,35% completaron sus estudios hasta la primaria, y el mismo porcentaje refirieron tener como ocupación ama de casa.

Los resultados obtenidos se asemejan a los reportados por Zuñiga. G, *et al.*, (2020), en su estudio “Efecto de la hipertensión arterial en la función cognitiva de pacientes de 45 a 65 años. Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador” en el cual se evaluaron a 60 pacientes con diagnóstico de HTA. En este, se registró una media de edad de 58 años, el 63% de la muestra correspondía al sexo femenino, no obstante, difiere en cuanto al grado de instrucción, ya que el mayor porcentaje (43%) de los

encuestados, tenían estudios hasta la secundaria.²¹ También se asemejan al estudio realizado por Encalada. L, *et al* (2018) titulado “Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca” la cual reporta que, en su población, el 65,1% de hipertensos fueron mujeres y el 34,9% varones. El 57,6% de hipertensos estuvieron entre los 65 y 74 años de edad, con una media de 72,7 años y una desviación típica de $\pm 7,47$ años. El 41,2% tuvieron instrucción primaria completa. El 76,4% no tuvieron una ocupación con remuneración salarial, lo que se equipara a lo evidenciado en el presente estudio.²³ Por su parte, Tabares. F, Spósito. P, Llorens. M (2018) destacan que el 66% de los pacientes en su muestra eran mujeres, con una edad promedio de 60,3 años y una desviación típica de $\pm 1,3$, lo que se asemeja a lo reportado en este estudio.²²

En relación a las características de la enfermedad, el 36,96% de los encuestados refirió haber sido diagnosticados hace más de 20 años, seguidamente por aquellos que tenían tiempo diagnóstico entre 10-20 años con un 32,61%. El 86,96% refirió encontrarse en control y tratamiento, de los cuales el 41,30% se encontraban utilizando un esquema de monoterapia y el 45,65% restante terapia combinada. Con respecto al esquema de fármacos monotemáticos utilizados para tratar la HTA, los antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA II) fueron los de primera línea en el 21,74% de los casos, seguidamente de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) en un 8,70%. Los bloqueadores de los canales de calcio (B.C Ca) representaron el 6,52% y los B-Bloqueantes el 4,35%. La combinación farmacológica más utilizada fue la de un ARA II + B.C. Ca en el 23,91% de los casos, seguidamente de los ARA II + A.B-Bloqueantes en un 8,70%.

Tabares. F, Spósito. P, Llorens. M (2018), en su estudio “Hipertensión arterial y trastornos cognitivos” destacan que el 53,6% de sus pacientes se encontraban en control, pero difiere en cuanto a los esquemas terapéuticos, ya que el 63,9% se encontraba recibiendo terapia combinada, 29,9% recibiendo monoterapia, 4,1% sin

tratamiento y sin datos en el 2,1%.²² Rojas. M, Rosales. Y, Guerrero. N, *et al.* (2016) evidenciaron que el esquema terapéutico más utilizado en su medio, en el caso de la monoterapia, fueron los antagonistas de los receptores de angiotensina, siendo los más prescritos con un 48,7%; seguidos por los B-Betabloqueantes, con un 10,3%, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina con un 6,4% y los bloqueadores de los canales de calcio como monoterapia (3,8%). En el caso de los esquemas combinados, los bloqueadores de los canales de calcio + antagonistas de los receptores de angiotensina II representaron un 7,7%, los antagonistas de los receptores de angiotensina II + Diurético (5,1%), los antagonistas de los receptores de angiotensina II + B-Bloqueantes (5,1%), los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina + bloqueadores de los canales de calcio (3,8%) , lo que se asemeja en el tratamiento de primera línea en el caso de la monoterapia, pero difiere en todos los demás esquemas terapéuticos.²⁴ Por otro lado, Amaro. J, Rosas. R, Marval. J, *et al.*, (2019) reportaron que los fármacos más utilizados en el esquema de monoterapia fueron los antagonistas de los receptores de angiotensina II con un 51,26%, los B-Bloqueantes en segundo lugar con 19,52% y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en tercer lugar con 15,82%. Por su parte, en el esquema combinado, la combinación de fármacos más frecuente fue un antagonista de los receptores de angiotensina + bloqueadores de los canales de calcio en un 27,55%, antagonistas de los receptores de angiotensina + B-Bloqueantes en un 21,29% y en tercer lugar un antagonista de los receptores de angiotensina II + un diurético en un 19,39%, asemejándose a los resultados obtenidos en el presente estudio.²⁵ No se encontraron estudios que asociaran el tiempo diagnóstico de la HTA con la presencia de deterioro cognitivo.

Referente a la presencia de comorbilidades asociadas, el 60,87% refirió no tener comorbilidades, y el 39,13% restante sí. De estos, el 34,78% refirió la Diabetes Mellitus tipo II como principal morbilidad, seguidamente de los asmáticos y pacientes con insuficiencia cardiaca en un 2,17% respectivamente.

Estos resultados difieren a los observados por Zuñiga *et al.*, (2020), los cuales reportan que el solo el 46,66% de sus pacientes no presentaron comorbilidades asociadas, y de los que sí, la dislipidemia fue la principal representando el 23,3%, seguidamente de la diabetes mellitus en un 16,6% y el hipotiroidismo en un 13,3%.²¹ También difieren de los reportado por Amaro. J, Rosas. R, Marval. J, *et al.*, (2019), los cuales establecieron que el 61,5% de los pacientes en su medio padecían de dislipidemia como principal comorbilidad, seguidamente de síndrome metabólico en 22,54% de los casos, y la diabetes mellitus estuvo presente en el 19,12% de los pacientes.²⁵

Con respecto a la función cognitiva, se determinó que el 100% de los encuestados tenía una función cognitiva anormal. De estos, el 36,96 % habían sido diagnosticados con HTA hace más de 20 años, seguidamente de aquellos que tenían entre 10 y 20 años con el diagnóstico (32,61%). El 30,43% restante tenía menos de 10 años de diagnosticados.

Estos resultados contrastan con los reportados por Tabares. F, Spósito. P, Llorens. M (2018), los cuales evidenciaron que el 46,4% de los pacientes en su medio presentaron MoCA normal, en contraposición con el 100% de la población de este estudio.²² Según Pérez y Jiménez (2018) “diversas investigaciones señalan la HTA como un factor de riesgo en el deterioro de las funciones cognitivas y el desarrollo de enfermedades relacionadas con el daño en procesos como la memoria, la atención, el aprendizaje, la habilidad espacial y verbal, que se afectan por la edad, el nivel educativo y por el tiempo diagnóstico de la HTA.”

Referente a la relacion entre la presencia de comorbilidades y el deterioro cognitivo, del 100% con función cognitiva anormal, 60,87% refirió no tener comorbilidades, y el 39,13% restante sí. Nuevamente, estos resultados se asemejan a los reportados por Zuñiga *et al.*, (2020), los cuales determinaron que, en su población,

el 93.3% de los participantes tuvo un puntaje menor de 26, por lo que tenían una función cognitiva anormal, pero difiere en cuanto a la presencia de comorbilidades, ya que en su medio la mayoría (53,34%) refirió tener comorbilidades, mientras que el 46,66% restante, no.²¹ Caracciolo y colaboradores en investigación ejecutada en Suecia buscando la relación entre la comorbilidad con el deterioro cognitivo, hallaron una alta asociación entre las enfermedades crónicas y este; aún más cuando se presentaban con más de una condición médica, donde las enfermedades cardiovasculares y las metabólicas (Diabetes Mellitus), constituyeron un fuerte patrón de asociación.²⁶

CONCLUSIONES

El grupo etario predominante fue el de 60-66 años, del sexo femenino, solteros con educación hasta la primaria, de ocupación amas de casa.

La mayoría de los encuestados estaban diagnosticados con HTA desde hace más de 20 años, se encontraban en control y tratamiento, en monoterapia con ARA II. El esquema antihipertensivo combinado más utilizado fueron los ARA II + los antagonistas de los canales de calcio .

La mayoría de los pacientes no presentaron comorbilidades asociadas. De los que sí, la más frecuente fue la DM II.

La totalidad de los encuestados tenía algún grado de deterioro cognitivo.

De la totalidad de encuestados con deterioro cognitivo, en su mayoría habían sido diagnosticados hace más de 20 años.

Del total de pacientes con deterioro cognitivo la mayoría no presentó comorbilidades.

RECOMENDACIONES

Realizar una revisión exhaustiva sobre el impacto de la presión arterial en la función cognitiva de adultos mayores.

Realizar evaluaciones periódicas de la función cognitiva en pacientes con hipertensión arterial, utilizando pruebas estandarizadas.

Ofrecer programas de entrenamiento cognitivo y ejercicios de estimulación cerebral para mejorar la función cognitiva.

Implementar programas de ejercicio físico supervisado para mejorar el control de la presión arterial y la función cognitiva.

Ofrecer sesiones educativas sobre el manejo del estrés y técnicas de relajación para pacientes con hipertensión arterial.

Establecer grupos de apoyo y actividades recreativas para promover la interacción social y reducir el aislamiento en adultos mayores, lo que puede tener un impacto positivo en su función cognitiva.

Realizar evaluaciones de la calidad del sueño y ofrecer intervenciones para mejorar el descanso, ya que el sueño adecuado puede contribuir a una mejor función cognitiva.

Promover la participación en actividades intelectuales y culturales, como clases de arte, música o lectura, para estimular la mente y mantener la función cognitiva.

Ofrecer intervenciones terapéuticas para abordar los problemas de salud mental que puedan afectar la función cognitiva, ofertando evaluaciones para descartar depresión y ansiedad en pacientes hipertensos.

Fomentar una alimentación saludable y proporcionar asesoramiento nutricional a los pacientes con hipertensión arterial para promover una mejor función cognitiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A., González, A., Molina, J., 2010. Enfermedad crónica en adultos mayores. Univ. Méd. [Serie en línea]. 51(1): 16-28. Disponible: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/15965> [Mayo, 2023].
2. Pinilla, A., Barrera, M., Agudelo, J., Agudelo, C., Pardo, R., Gaitan, H., et al. 2007. Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. PARS. [Serie en línea]. 13: 151-218. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/guias-promocion-salud-tomo-II-2007-pars.pdf> [Mayo, 2023].
3. Calvo, C., 2004. Cien años de dos grandes acontecimientos en la historia de la medicina: Hiperpiesis y Esfigmomanómetro (1896-1996). Gac Méd Méx. [Serie en línea]. 132(5): 529-534. Disponible: http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1996-132-5-529-534.pdf [Mayo, 2023].
4. Gonzalez, J., 2016. Optimizando la Medición de la Presión Arterial en la Consulta. Rev Venez Endocrinol Metab. [Serie en línea]. 14(3): 179-186. Disponible: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102016000300003#:~:text=La%20espalda%20debe%20estar%20recta,ubicar%20ambos%20sobre%20el%20suelo.&text=La%20vejiga%20debe%20estar%20vac%C3%ADa.&text=Utilice

%20el%20manguito%20acorde%20al%20tama%C3%B1o%20del%20brazo.&text=Se%C3%B1ale%20al%20paciente%20que%20no%20debe%20hablar%20durante%20la%20medicaci%C3%B3n [Mayo, 2023].

5. Gamboa, R., 2006. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial Esencial. Acta Med Per. [Serie en línea]. 23(2): 76-82. Disponible:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200006 [Mayo, 2023].
6. Williams, B., 2019. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. [Serie en línea]. 72(2): 1-78. Disponible: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-esh-2018-sobre-el-articulo-S0300893218306791> [Mayo, 2023].
7. Pérez, M., León, J., Fernández, M., 2011. El Control De La Hipertensión Arterial: Un Problema No Resuelto. Rev Cubana Med. [Serie en línea]. 50(3): 311-323. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300009 [Mayo, 2023].
8. Natividad, V., Luján, K., 2016. Determinantes socioeconómicos y ambientales de la hipertensión arterial en población adulta de Argentina. Rev Cubana de Salud Pública. [Serie en línea]. 42(1): 27-36. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000100004 [Mayo, 2023].

9. Romero, M., Avendaño, J., Vargas, R., Runzer, F., 2020. Diferencias según sexo en los factores asociados a hipertensión arterial en el Perú: Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. An Fac Med. [Serie en línea]. 81(1): 33-39. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000100033 [Mayo, 2023].
10. Oliveras, A., 2015. ¿Es Distinto El Control De La Presión Arterial En Mujeres Que En Hombres? SHE. [Serie en línea]. 32(4): 151-158. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183715000616> [Mayo, 2023].
11. Campos, I., Hernández, L., Rojas, R., Pedroza, A., Medina, C., et al. 2013. Hipertensión Arterial: Prevalencia, Diagnóstico Oportuno, Control Y Tendencias En Adultos Mexicanos. Salud Pública Mex. [Serie en línea]. 55: 144-150. Disponible: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a11.pdf> [Mayo, 2023].
12. López, J., Barberena, N., Estrada, C., 2022. Consecuencias De La Hipertensión Arterial En Las Funciones Cognitivas. Rev Cubana Gen Integr. [Serie en línea]. 38(1): 1-19. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100019#:~:text=Se%20ha%20evidenciado%20que%20la,a%C3%B1os%20despu%C3%A9s%20de%20la%20evaluaci%C3%B3n [Mayo, 2023].

13. Shunchao, K., Xueqing, L., Blanco, M., 2018. Mecanismos de comorbilidad en hipertensión arterial. *Rev Haban Cienc Méd.* [Serie en línea]. 17(1): 58-72. Disponible: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2179> [Mayo, 2023].
14. Durán, R., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., et al. 2013. Depresión Y Función Cognitiva De Adultos Mayores De Una Comunidad Urbano Marginal. *Enfermería Universitaria.* [Serie en línea]. 10(2): 36-42. Disponible: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a2.pdf> [Mayo, 2023].
15. Manchola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., Manzano, S., et al. 2017. Deterioro Cognitivo Leve En El Adulto Mayor. *SEMG.* [Serie en línea]. 1-32. Disponible: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/278-protocolo-para-el-diagnostico-precoz-de-la-enfermedad-celiaca-2> [Mayo, 2023].
16. Chávez, L., Núñez, I., Díaz, C., Poma, J., 2013. Tamizaje De Deterioro Cognitivo Leve En Adultos Mayores Con Enfermedad Cardiovascular En Un Hospital Nacional De Chiclayo, Perú. *Rev Med Risaralda.* [Serie en línea]. 20(1): 14-19. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672014000100004 [Mayo, 2023].
17. Moreno Briones, P.A. 2019. Hipertensión Arterial Y Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores Hospital Regional Docente De Trujillo, Julio-

Diciembre 2019. Tesis De Grado. Facultad De Ciencias Médicas. Universidad César Vallejo. Escuela Académico Profesional De Medicina, Trujillo – Perú. Universidad César Vallejo pp 37 (Multígrafo).

18. Pedraza, O., Perilla, H., Cruz, A., Botero, J., Montalvo, M., Salazar, A., 2016. Deterioro Cognitivo Y Factores De Riesgo Cardiovascular Y Metabólico En Una Muestra De Adultos De Bogotá. Acta Neurol Colomb. [Serie en línea]. 32(2): 91-99. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87482016000200002&script=sci_arttext [Mayo, 2023].
19. Vicario, A., Vainstein, N., Zilberman, J., Sueldo, M., Cerezo, G., 2010. Hipertensión Arterial: Otro Camino Hacia El Deterioro Cognitivo, La Demencia Y Las Alteraciones Conductuales. Neurol Arg. [Serie en línea]. 2(4): 226-233. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-hipertension-arterial-otro-camino-hacia-S1853002810700707> [Mayo, 2023].
20. Spósito, P., Llorens, M., 2022. Utilidad Del Moca (Montreal Cognitive Assessment) Como Test De Cribado Para El Deterioro Cognitivo Leve En Población De Hipertensos. Rev. urug. med. interna. [Serie en línea]. 3: 44-52. <https://creativecommons.org> [Junio, 2023].
21. Zúñiga-Salazar Gabriel A., Hincapié-Arias Sofía M., Salazar-Bolaños Erin E., Lara-Terán Joffre J., Cáceres-Vinueza Silvia V., Duarte-Vera Yan C.. Efecto de la hipertensión arterial en la función cognitiva

de pacientes de 45 a 65 años. Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador. Arch. Cardiol. Méx. [revista en la Internet]. 2020 Sep [citado 2024 Ene 25] ; 90(3): 284-292. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402020000300284&lng=es. Epub 23-Oct-2020. <https://doi.org/10.24875/acm.20000350>.

22. Tabares. F, Spósito. P, Llorens. M (2018) Hipertensión arterial y trastornos cognitivos. Artículo original. 3ra. Mención Premio SUAT, Congreso Latinoamericano de Medicina Interna (SOLAMI) [Recuperado 2024 Ene 25]. Disponible en: <http://www.corazoncerebro.com.ar/wp-content/uploads/2019/04/original-Hosp-Maciel.pdf>
23. Encalada. L, Alvarez. K, Barbecho. P, Wong. S (2018) Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca. Revista Latinoamericana de Hipertensión, vol. 13, núm. 3, 2018. Sociedad Latinoamericana de Hipertensión, Venezuela. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170263335004>
24. M, Rosales. Y, Guerrero. N, *et al.* (2016) Comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en individuos adultos del municipio San Cristóbal del estado Táchira – Venezuela. Revista Latinoamericana de Hipertensión. Vol. 11 - N° 1, 2016. Disponible en: https://www.revhipertension.com/rlh_11_1_2016/compartimiento%20epidemiologico.pdf

25. Amaro. J, Rosas. R, Marval. J, *et al.*, (2019) Registro de Hipertensión Arterial en consultas privadas en Venezuela: Estudio RHAVEN. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2019;36(2):85-95 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183718300941> Doi: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.08.001>
26. Caracciolo B, Gatz M, Xu W, Marengoni A, Pedersen N, Fratiglioni L. Relation of multimorbidity to subjective and objective cognitive impairment: a population-based twin study *J Alzheimers Dis.* 2013; 36(2): 275–84

APÉNDICES

APÉNDICE A



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 “Dr. Francisco Battistini Casalta”
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

Estimado Dr. Luis Brito

Jefe del Servicio de Emergencia de Adultos, Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez.

Mediante la presente se solicita formalmente la autorización para iniciar los estudios referentes al trabajo de grado que lleva por nombre **“FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO - JUNIO 2023.”**, en el que es necesario el seguimiento de pacientes pertenecientes al servicio recolectando datos personales y médico-confidenciales de los mismos. Para la ejecución del trabajo mencionado contamos con la asesoría de la Dra. Milagros García. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea. Agradecemos de antemano su colaboración al respecto.

Atentamente:

 Davis Zapata, Alfredo José.

 Bravo Gómez, Barbara de los Ángeles.

APÉNDICE B

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 “Dr. Francisco Battistini Casalta”
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El diligenciamiento de este formato es voluntario.

Yo _____, de C.I: _____, en mi calidad de paciente, voluntariamente en pleno uso de mis facultades, acepto participar en el trabajo de grado realizado por los bachilleres Davis, Alfredo C.I 25.644.677 y Bravo, Bárbara C.I: 26.870.658, que lleva por nombre **“FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO - JUNIO 2023.”**, cuyos resultados serán publicados de manera anónima.

Firma del paciente

APÉNDICE C



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 “Dr. Francisco Battistini Casalta”
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

Licda. Nelly Ramírez Guerrero

Departamento de registro de estadísticas en salud del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz Y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Sirva la presente para saludarle, y a su vez solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **“FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO - JUNIO 2023.”**, que será presentada posteriormente como trabajo de grado, siendo este un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano. En el presente estudio contaremos con la asesoría de la Dra. Milagros García. Sin más que acotar, y esperando recibir de usted una pronta y satisfactoria respuesta, nos despedimos.

Atentamente

Br. Alfredo Davis
Tesista

Br. Bárbara Bravo
Tesista

APÉNDICE D

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 “Dr. Francisco Battistini Casalta”
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad: _____

Sexo: _____

Procedencia:

Grado _____ **de** _____ **instrucción:**

Estado _____ **civil:**

Ocupación:

Presencia de comorbilidad: Sí _____ No _____

¿Cual?

Tiempo de diagnóstico de HTA: _____

Controlado: Sí _____ No _____

Acciones Terapéuticas: _____

APÉNDICE E



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 “Dr. Francisco Battistini Casalta”
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

Yo, Milagros García, médico adjunto al servicio de Medicina Interna, autorizo mediante la presente la inscripción del trabajo de grado que lleva por nombre **FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO - JUNIO 2023.** El cual ha de iniciar en enero del presente año bajo mi tutoría, en conformidad con la realización del trabajo de grado estipulado dentro del pensum para la obtención del título de médico cirujano otorgado por la universidad de Oriente a los bachilleres Bravo, Bárbara C.I: 26.870.658 y Davis, Alfredo C.I: 25.644.677.

Atentamente

Br. Alfredo Davis
Tesista

Br. Bárbara Bravo
Tesista

Dra. Milagros García
Tutora

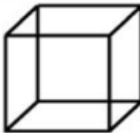
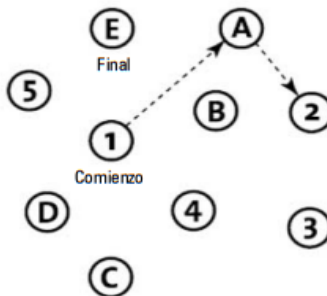
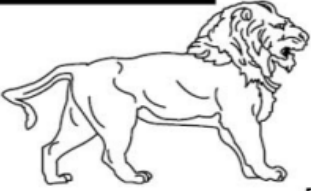
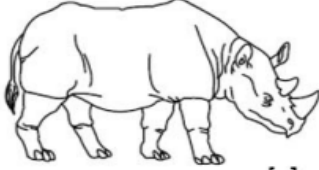
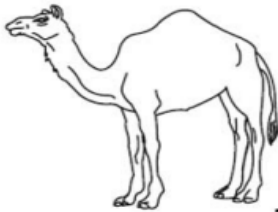
ANEXOS

ANEXO A TEST DE MoCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL/ EJECUTIVA				Copiar el cubo [] []	Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)	Puntos ___/5
				[] [] [] [] []	[] [] [] Contorno Números Agujas	
IDENTIFICACIÓN						
						[] [] [] ___/3
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.		ROSTRO SEDA IGLESIA CLAVEL ROJO	Sin puntos	
		1er intento [] [] [] [] [] 2º intento [] [] [] [] []				
ATENCIÓN						
Lea la serie de números (1 número/seg.)		El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4		El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2		___/2
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB				___/1
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.		___/3
LENGUAJE						
Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala.		[] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []				___/2
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.		[] _____ (N ≥ 11 palabras)				___/1
ABSTRACCIÓN						
Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta		[] tren-bicicleta		[] reloj-regla		___/2
RECUERDO DIFERIDO		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO SEDA IGLESIA CLAVEL ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
		[] [] [] [] []				___/5
Optativo		Pista de categoría Pista elección múltiple				
ORIENTACIÓN						
[] Día del mes (fecha)		[] Mes [] Año		[] Día de la semana [] Lugar		[] Localidad ___/6
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

TÍTULO	FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA. SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO - JUNIO 2023.
---------------	--

APELIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E-MAIL
Bravo Gómez, Bárbara de los Ángeles	CVLAC: 26.870.658 E-MAIL: bravobarbarag@gmail.com
Davis Zapata, Alfredo José	CVLAC: 25.644.677 E-MAIL: alfredodavis485@gmail.com

PALABRAS O FRASES CLAVES:

Hipertensión, deterioro cognitivo, adultos mayores.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

ÁREA Y/O DEPARTAMENTO	SUB-ÁREA Y/O SERVICIO
Departamento de Medicina	Servicio de Emergencia de Adultos

RESUMEN (ABSTRACT):

La HTA interviene en la función y estructura cerebral, debido a los constantes cambios en la presión arterial. Las investigaciones indican como la hipertensión arterial incrementa en un 50 % la posibilidad de que el sujeto pueda desarrollar diversos tipos de demencias. **Objetivo:** Determinar la función cognitiva de pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica. **Metodología:** Correlacional, descriptivo, de corte transversal, de campo, no experimental. **Universo:** Estuvo representado por todos los adultos mayores con diagnóstico de HTA que fueron atendidos en el servicio de Emergencias del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el periodo de Enero - Junio del 2023. **Muestra:** Estuvo conformada por 46 adultos mayores con diagnóstico de HTA que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se observó una media de edad de 68,98 años y una desviación típica de $\pm 9,42$ años. El grupo etario predominante fue el de 60-66 años (45,65%), del sexo femenino (65,22%), solteros (60,87%), con estudios hasta la primaria (54,35%), ama de casa (54,35%). El 36,96% de los pacientes fue diagnosticado hace más de 20 años, 86,96% estaban controlados, 41,30% usaba un esquema farmacológico de monoterapia, 21,74% eran ARA II. El esquema combinado más común fueron los ARA II + B.C. Ca con 23,91%. 60,87% no presentaron comorbilidades, y 39,13% si, la diabetes fue la más común con 34,78%. El 100% de los pacientes presentó función cognitiva anormal. **Conclusión:** Se determinó que el total de la muestra tenía algún grado de alteración de su función cognitiva.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

CONTRIBUIDORES:					
APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CODIGO CVLAC / E-MAIL				
MILAGROS GARCÍA	ROL	CA	AS	TU (x)	JU
	CVLAC	11.175.189			
	E-MAIL	ninoskagarciagimon@gmail.com			
EURIDICE ROA	ROL	CA	AS	TU	JU (x)
	CVLAC	10.043.160			
	E-MAIL	euridyseroa@hotmail.com			
HÉCTOR CIPRIANI	ROL	CA	AS	TU	JU (x)
	CVLAC	4.647.443			
	E-MAIL	hecq53@hotmail.com			

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2024	MARZO	08
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

ARCHIVO(S):

NOMBRE DEL ARCHIVO:	TIPO MIME:
Tesis. Función Cognitiva En Pacientes Adultos Mayores Con Diagnostico De Hipertensión Arterial Sistémica. Servicio De Emergencia De Adultos. Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz Y Páez". Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Enero - Junio 2023.docx	.MS.word

ALCANCE:

ESPACIAL:

Servicio De Emergencia De Adultos. Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz Y Páez". Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Enero - Junio 2023.

TEMPORAL:

Diez años.

TITULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano.

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado.

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento de Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR <i>[Signature]</i>
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Cordialmente,

[Signature]
JUAN A. BOLANOS CUMEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario “

AUTOR(ES)

Br. BRAVO GÓMEZ, BÁRBARA DE LOS ÁNGELES
C.I. 26870658
AUTOR

Br. DAVIS ZAPATA, ALFREDO JOSÉ
C.I. 25644677
AUTOR

JURADOS

TUTOR: Prof. MILAGROS GARCÍA
C.I.N. V-11.175.189

EMAIL: hinoskagarcia@gmail.com

JURADO Prof. EURIDICE ROA
C.I.N. 10043160

EMAIL: euridyserda@hotmail.com

JURADO Prof. HECTOR CIPRIANI
C.I.N. 11647443

EMAIL: hec953@hotmail.com

P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

