



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Características epidemiológicas y clínicas de la hipertensión arterial en el  
Hospital I La Esperanza, 2018– 2019

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**AUTORA:**

Carranza Vera Sasy Lissette (ORCID: 0000-0002-6473-0534)

**ASESORA:**

Dra. LLaque Sánchez María del Pilar Rocío (ORCID: 0000-0002-6764-  
4068)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN  
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

**TRUJILLO — PERÚ**

2022

## I. INTRODUCCIÓN

Las cifras de la hipertensión arterial (HTA) van cada vez más en aumento, originado por dos causas específicas la primera por paciente con edades avanzadas: adultos mayores y la segunda la elevación de la prevalencia de la obesidad, además la hipertensión en los adultos mayores se le relaciona con complicaciones de enfermedades cardiovasculares como insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica e incluso muerte.<sup>1</sup> También se atribuye como factores asociados a la hipertensión arterial el consumo excesiva de sal, envejecimiento progresivo, el consumo de cigarrillos, sedentarismo, enfermedades crónicas como las dislipidemias y diabetes.<sup>2</sup> Por el factor envejecimiento se estima a la HTA en el 2025 afectará a 1500 millones de personas.<sup>3</sup> Existe evidencia que la prevalencia de la HTA tiene una variación de un 27% en menores de 60 años a cifras de 74% en mayores de 80 años.<sup>4</sup> De esta manera se establece que la prevalencia y gravedad de la HTA se incrementa con la edad.<sup>5</sup>

Se calcula que un 25% y 33% de la población adulta en los Estados Unidos y en el continente europeo tiene hipertensión.<sup>6</sup> De forma más puntual el 70% de los adultos mayores de 64 años tienen hipertensión, cifra que va en aumento con forme la edad avanza en el tiempo.<sup>5</sup> De acuerdo al sexo la hipertensión es más prevalente en mujeres (78%) frente al 64% en varones.<sup>7</sup> En España la prevalencia es del 68% en personas mayores a 65 años.<sup>3</sup>

Las cifras de hipertensión en América del Norte y del Sur y el Caribe el 20% y 35% de los ciudadanos adultos mayores padecen de enfermedad hipertensiva. Es alarmante que a pesar del aumento del número de personas con hipertensión existe un desconocimiento de la misma enfermedad, tanto así que, en Chile, Argentina, Colombia y Brasil, un 57.1% de la población adulta sabiendo que tienen diagnóstico de hipertensión arterial alta solo el 18.8% llevan controles regulares en estos países.<sup>8</sup>

Los adultos mayores en el Perú cada vez más aumentan su proporción poblacional la misma que pasó de 6,1% en el 1990 a 11,2% en el 2021.<sup>9</sup> Con el cual se aumenta el riesgo para el incremento de las tasas de HTA, que según datos de la INEI en el

2014 el 29,7% ha sido diagnosticado con dicha enfermedad y 1 de cada 2 adultos de 50 años sufren de hipertensión arterial.<sup>10</sup> Además, las ciudades que tienen más cantidad de personas con hipertensión arterial con edad de 60 años a más se registran en San Martín (42.7 %), Ica (41.4 %), Tumbes (40.4 %) y Lima y Callao (39.9 %).<sup>11</sup>

Ante lo expuesto se formula el siguiente problema: **¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de la hipertensión arterial en población que acude al Hospital la Esperanza – Essalud, 2018 – 2019?**

La enfermedad hipertensiva es un problema de salud más frecuente debido a estar asociado a cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular e insuficiencia renal, donde radica su importancia para la ciencia; es decir se trata de un tema actual, que se presenta en la realidad. Se justifica desde su abordaje teórico porque la hipertensión se incrementa con la edad, además el estudio permite tener un mejor conocimiento sobre la evolución de la enfermedad, así como el perfil del grupo de riesgo. En la parte práctica su aporte se debe a que, con el estudio a través de la identificación del perfil de los pacientes hipertensos, las autoridades y profesionales pueden enfocar mejorar sus estrategias preventivas y del control de la enfermedad.

El objetivo general planteado es: **Determinar las características epidemiológicas y clínicas de la hipertensión arterial en población que acude al Hospital II La esperanza – Essalud, 2018 – 2019.** Objetivos específicos: Estimar la incidencia y prevalencia de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, en los años señalados, según edad, género, procedencia. Identificar factores de riesgo no modificables y modificables. Establecer comorbilidades más frecuentes presentes. Identificar las complicaciones más frecuentes. Señalar los medicamentos más utilizados.

## II. MARCO TEÓRICO

De Sousa, B (Brasil, 2019) mediante un estudio transversal, analizaron el perfil de la presión arterial en adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, evalúa el perfil sociodemográfico y los determinantes de riesgo asociados en una muestra 133 ancianos hipertensos. Se encontró predominio de la presión arterial controlada (56,4%) en adultos mayores, el 86.2% de los integrantes eran mujeres con presión arterial no controlada. También se encontró que, a mayor edad, más elevada es la presión arterial, el alcoholismo y el índice de masa corporal medio (33,0) están relacionados a la hipertensión. En conclusión, existe una fuerte relación entre factores discutidos y falta de control de la presión arterial, con respecto a la edad, el alcoholismo, obesidad y sobrepeso.<sup>13</sup>

Islam Y, et al (Bangladesh, 2018) a través de un estudio documental, evaluaron el cambio en la prevalencia de la hipertensión, los factores de riesgo e identificaron poblaciones recomendadas para el tratamiento entre 1843 adultos. Se basaron en guías internacionales que señalan la prevalencia de hipertensión del 40,7%. Por otro lado se señala que la prevalencia de la hipertensión fue del 17,9%, lo que indica un incremento del 22,8% de casos de hipertensión arterial. Basándose en ambas definiciones se concluye que los adultos mayores, los adultos que no se ejercitan, obesos, y adultos diabéticos tienen más probabilidades de padecer hipertensión arterial.<sup>14</sup>

Naregal G, et al (India, 2017) a través de un análisis post-hoc usando datos de SHEP examinaron la asociación de la hipertensión ortostática con la mortalidad por todas las causas en el tratamiento activo y los grupos aleatorizados con placebo del programa de hipertensión sistólica en ancianos. La muestra fue de 4736 participantes de SHEP, 4073 tenían una respuesta ortostática normal, 203 tenían hipertensión ortostática y 438 tenían hipotensión ortostática. El incremento del riesgo de mortalidad asociado a cualquier factor de riesgo se observó tanto en el grupo activo como el placebo sin una interacción significativa entre el grupo de aleatorización y el efecto sobre la mortalidad. En conclusión, la hipertensión

ortostática se asocia con el riesgo de mortalidad futura, se detecta fácilmente y se puede utilizar para perfeccionar la evaluación del riesgo cardiovascular.<sup>15</sup>

González R, et al (Cuba, 2017) a través de un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, describió las condiciones clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial en población con envejecimiento progresivo, con una muestra conformada por 2592 pacientes hipertensos. Los factores relacionados y estudiados en los pacientes de estudio fueron su edad, sexo, factores de riesgo, enfermedades crónicas no transmisibles y tratamiento indicados. Donde predominó el sexo femenino con 59,6 %, mayores de 65 años con el 71,5 %, el consumo de cigarrillo como factor de riesgo con 48.8% y la isquemia de miocardio con el 20,9 %. El tratamiento médico sin uso de fármacos resaltó en todos los pacientes de la muestra. Por todo ello la hipertensión arterial actualmente es un problema de salud para todos los adultos mayores.<sup>16</sup>

Uscata, R. (Perú, 2019) en un estudio observacional, analítico, de casos y controles se observó los factores de riesgo de hipertensión arterial en un hospital donde acuden a ser atendidos adultos mayores. La muestra fue de 578 formatos de valoración geriátrica hechos a pacientes, en la muestra de casos se colocó a adultos mayores con enfermedad hipertensiva y los controles los que no tienen hipertensión arterial. De los 578 formatos de la valoración, 319 eran féminas (55.2%) y 259 fueron del sexo masculino (44,8%). Además, se obtuvieron como resultados que los factores de riesgo fueron ser mujer, edad, diabetes mellitus, dislipidemia y familiares con hipertensión como antecedente. Concluyéndose que los factores de riesgo que predominaron en la población geriátrica con hipertensión arterial son el sexo femenino, la edad, diabetes mellitus, dislipidemia y tener como antecedente un familiar que tenga como diagnóstico hipertensión arterial.<sup>17</sup>

Herrera J, et al (Perú, 2017) en otro estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, determinaron el estilo de vida, según características sociodemográficas como factor de riesgo de hipertensión arterial población con envejecimiento: adultos mayores. La muestra fue de 120 adultos hipertensos. Mediante la escala de "calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial" (MINICHAL). La mejor calidad

alcanzó al 77,5% de los integrantes. Además, el 88,3% relacionadas con el estado de ánimo y 84,2% en manifestaciones somáticas indicaron mejor nivel de salud. En las 6 variables sociodemográficas evaluadas (edad, sexo, procedencia, estado civil, grado de instrucción y tipo de trabajo) la mejor calidad de vida está entre el 35 y 61,7%. Se llegó a la conclusión que un adulto mayor hipertenso que tiene una mejor calidad de vida son las mujeres con edades entre de 60 a 74 años, que viven en la ciudad que son casados o convivientes y en aquellos con estudios escolares y universitarios completos, y en los que no laboran en ninguna área.<sup>18</sup>

Sucasaca C, et al (Perú, 2017) por medio de un estudio descriptivo transversal, se evaluó la importancia de las características del sueño de las personas con hipertensión arterial. La muestra fue de 272 pacientes adultos mayores. Se utilizó un cuestionario para evaluar el sueño de los pacientes de la muestra siendo el índice de Pittsburg el usado en este estudio. Donde el 75% de adultos mayores tenían problemas para poder dormir y en la mayoría de ellos su sueño tenía una duración entre 6 y 7 horas. La mayoría de los pacientes tenían problemas de insomnio y el 94,1 % no usaba medicamentos para poder dormir. Por lo tanto, se concretó que los adultos mayores estudiados con hipertensión arterial, viviendo a una altitud de 3400 msnm, tienen una mala calidad de sueño, con un puntaje medio de 6,7 según escala de Pittsburg.<sup>19</sup>

La hipertensión arterial es una condición crónica, que se define por un aumento mantenido de la tensión en las arterias. Se determina que una presión en reposo se clasifica en: hipertensión arterial leve (140/90 mmHg), hipertensión arterial moderada (160/100 mmHg) e hipertensión arterial grave (>180/110 mmHg). Hay otra clasificación de hipertensión arterial, la primaria o esencial cuando se desconoce la causa y la secundaria es causada por una enfermedad existente como por ejemplo los problemas renales. El aumento de la presión depende de la edad, es más frecuente en los negros, se asocia al tabaquismo, el consumo excesivo de sal, el alcoholismo, el estrés, la diabetes mellitus, enfermedad renal y la apnea de sueño.<sup>20</sup>

La vejez se acompaña con un aumento de la carga cardiovascular, endurecimiento arterial e hipertensión. El incremento del sedentarismo a causa de la debilidad física es más frecuente en adultos mayores. Según estudios el aumento de trastornos cardiovasculares se relaciona con un pobre desempeño de las funciones cognitivas comprometidas por la vejez. Hay dos factores de riesgo cardiovascular muy frecuentes en adultos mayores son la disminución de la plasticidad arterial, ocasionada por incrementos en la presión arterial (PA) y la poca aptitud física, reflejada en una disminución del volumen de oxígeno máximo. Estos factores se han asociado a peores funciones ejecutivas en los ancianos.<sup>21</sup> Su prevalencia en el mundo es de un 26% en la población adulta e incrementa con la edad. Se considera como principal factor para los eventos cardiovasculares, además contribuye en un 4.5% en la carga global de enfermedad.<sup>22</sup>

En países de Europa y EE. UU, entre el 25% y 33% de su población padecería hipertensión. De acuerdo a investigaciones han probado que la presión sistólica se incrementa con la edad, por el contrario, la presión diastólica se eleva hasta los 60 y 70 años, pero disminuye a mayor edad. En ciertos países, el 75% de los adultos mayores sufre hipertensión. Comúnmente los adultos mayores desarrollan hipertensión sistólica aislada (Presión arterial sistólica  $\geq$  140 mmHg y Presión arterial diastólica  $<$  90 mmHg).<sup>6</sup> Durante el 2015, 10,7 millones (19,2%) de las muertes por todas las causas se deben por una PA sistólica mayor 110-115 mmHg, en cambio 7,8 millones (14%) fue por una PA sistólica mayor 140 mmHg.<sup>23</sup>

Se considera factores de riesgo que están asociados a enfermedad hipertensiva a la dieta alta en sodio; en personas normales, el bajo consumo de sodio incrementa la sensibilidad adrenocortical y reduce la sensibilidad vascular renal a la angiotensina (ANG II). Mientras que los hipertensos no pueden modular las respuestas suprarrenales y renales a la ANGII frente a la alza del sodio en la dieta.<sup>23</sup> Cerca del 50 al 60% de los hipertensos son sensibles a la sal. Además de los antecedentes genéticos, la sensibilidad a la sal aumenta en el envejecimiento, en personas de piel negra y con síndrome metabólico u obesidad.<sup>25</sup> La asociación americana del corazón recomienda no consumir sodio por encima de 2 g por día

pero en la actualidad el consumo medio de sodio supera lo recomendado y alcanza 3.4g por día.<sup>26</sup>

La obesidad y sobrepeso conllevan a una mayor prevalencia de hipertensión y la presencia de numerosos trastornos cardio renales y metabólicos. Varios estudios en diferentes grupos de personas en el mundo han comprobado que la asociación entre el IMC y la PA es casi lineal. De acuerdo con Framingham Heart Study, plantea que el 78% de la hipertensión primaria en varones y el 65% en mujeres se debe a un incremento excesivo del peso. Lo ideal es que la IMC sea menor a 25 kg/m<sup>2</sup> para la prevención de la hipertensión y la pérdida del peso disminuyen la Presión en los hipertensos.<sup>27</sup>

El consumo de bebidas alcohólicas al año en el mundo aumentó de 5.9 litros a 6,5 litros en el 2017. De acuerdo con varias investigaciones epidemiológicas han explicado que al consumir bebidas alcohólicas en exceso es un factor de riesgo relacionado a enfermedad hipertensiva. Se ha observado que el alcoholismo se ha relacionado con un alto riesgo de desarrollar hipertensión, es decir los bebedores leves o moderados presentan un riesgo menor de hipertensión que los no bebedores, en cambio los bebedores excesivos presentan un mayor riesgo. Eso se observa en la mayoría de los grupos de raza y de género, pero esto se observó en las personas negras en donde el riesgo es similar en los bebedores moderados, empedernidos y los no bebedores.<sup>23</sup>

El estrés mental puede activar los nervios simpáticos y aumentar la HTA. De acuerdo con un metaanálisis de 13 estudios transversales y ocho estudios prospectivos se demostró que el riesgo de hipertensión era 1,18 veces y 1,55 veces entre personas con estrés mental. También se incluyen como otros factores de riesgo a la edad, familiares que tengan hipertensión, falta de actividad física y la diabetes.<sup>28</sup>

La fisiología y patología de la hipertensión arterial se explica por incremento del gasto cardíaco y resistencia vascular periférica. Dichos mecanismos son regulados por procesos hemodinámicos, neuronales, humorales y renales.<sup>29</sup> El sistema renina-



angiotensina-aldosterona (RAS), el sistema simpático, los péptidos natriuréticos, insulina, entre otros, regulan la reabsorción tubular de sodio y agua, manteniendo la homeostasis del volumen sanguíneo. La sensibilidad a la sal de la HTA puede estar determinada por la herencia o puede ser adquirida.<sup>30</sup>

La sinilisina quinasa 4 (WNK), cumple la función de regulador negativo del cotransportador de cloruro de sodio sensible a tiazidas (NCC). Normalmente, el WNK4 inhabilita al NCC y conlleva a una reducción de la reabsorción de sodio a nivel del túbulo contorneado distal (DCT) para regular la presión. El aumento del consumo de sal influye en factores neurohumorales (RAS y SNS), por ende, interviene en la vía WNK4-NCC. Además la aldosterona también interviene en los niveles de la proteína NCC, producto por exceso de sal, por medio de la vía de señalización de la quinasa 1/2 regulada por señales extracelulares WNK4.<sup>31</sup>

El Sistema renina-angiotensina-aldosterona ante la ingesta baja de NaCl, la renina se excreta por el aparato yuxtaglomerular, este detecta una reducción de la perfusión renal, estimula al sistema nervioso simpático y disminuye la concentración de sodio en sangre. La renina induce que el angiotensinógeno se transforme a angiotensina I (ANG I), y a través de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) la ANG I se convierte en ANG II. La ANG II realiza la función de vasoconstricción, incrementa la secreción de aldosterona y promueve la reabsorción de sodio en los túbulos renales, incrementando el volumen sanguíneo, por lo tanto hay más retorno venoso y un incremento presión.<sup>32</sup>

El péptido natriurético auricular y el péptido natriurético cerebral tiene un papel esencial en la sensibilidad a la sal y la hipertensión. Estos presentan propiedades natriuréticas y vasodilatadoras que mantienen la homeostasis de sodio y la presión arterial. Además, estos elevan la tasa de filtración glomerular al incrementarse el tono arteriolar referente ante un incremento del volumen vascular e inhiben la reabsorción de sodio. Lo hacen de manera directa al inhibir el canal de Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-ATPasa e indirectamente evitan la liberación de renina y aldosterona. La deficiencia de estos péptidos da lugar a la hipertensión. La deficiencia se da por la disminución de una serina proteasa ante la sobrecarga de volumen, insuficiencia cardiaca e

hipertensión. También la falta de estos péptidos conlleva a la resistencia a la insulina y diabetes mellitus.<sup>33</sup>

La excitación de células del endotelio del músculo liso vascular por estímulos neuro-humorales (acetilcolina y noradrenalina) y péptidos vasoactivos (Ang II, ET-1), promueven la activación de receptores unidos a la fosfolipasa C (PLC), generando un segundo mensajero el trifosfato de inositol (IP3) y diacilglicerol (DAG). La formación del IP 3 permite la liberación de calcio intracelular del retículo sarcoplásmico, por otro lado el DAG activa a la proteína quinasa C (PKC). Además, se activan varios canales de calcio como, el canal dependiente de voltaje (VOC), canales operados por receptor (ROC), entre otros. Esto permite una mayor concentración de Ca<sup>2+</sup>, que luego se une con la calmodulina y forman el complejo Ca<sup>2+</sup>-Calmodulina promoviendo un cambio en la MLC quinasa (MLCK) pasándolo de un estado inactivo a uno activo. Esto induce la fosforilación de MLC y estimula la interacción entre la miosina y la actina, resultando en la contracción vascular.<sup>34</sup>

El aumento de la tensión o disminución del gasto cardiaco es captado por los barorreceptores presentes en los senos carotídeos y aórticos. Esta información es propagada mediante fibras nerviosas aferentes al núcleo del tracto solitario, continuando, estimula la parte ventrolateral rostral de la médula por nervios intervinientes, controlando la hipertensión arterial.<sup>32</sup>

De otro lado, el sistema inmunológico puede estar asociado con sus efectos sobre la infección involucradas en el control de la presión arterial, también en el inicio y desarrollo de enfermedades cardiovasculares y renales, daño y remodelación tisular. Aunque aún no se ha demostrado si la inflamación está directamente relacionada con la hipertensión; se conoce que la inflamación y un sistema inmunológico desregulado juegan un papel importante en la hipertensión. Se ha planteado que el estrés oxidativo y la formación de especies reactivas son la base molecular que conduce a la hipertensión. Hay evidencia que células inmunitarias innatas (macrófagos, microglia, monocitos, células dendríticas y células supresoras derivadas de mieloides) como las adaptativas (células T CD8 +, células CD4 +, células T y células B), producen sustancias que promueven o inhiben la hipertensión

y una vez activados producen especies reactivas de oxígenos (ROS). Además, se ha comprobado que los CD4+ y los CD8+ se encuentran desreguladas en la hipertensión y producen varias citoquinas como IL-17, IL-7, IL-6, IFN-gamma y TNF-alfa.<sup>35</sup>

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Diseño y tipo de investigación

Tipo de investigación: Aplicada Retrospectiva.<sup>36</sup>

Diseño de la Investigación: No experimental, Descriptivo Simple.<sup>36</sup>

M → O

M: Población con Hipertensión Arterial

O: Características Epidemiológicas y clínicas

#### 3.2. Variables y operacionalización (Anexo 1)

- Características clínicas de la hipertensión arterial
- Características Epidemiológicas de la hipertensión arterial

#### 3.3. Población, muestra y muestreo

**Población:** Conformada por 2400 pacientes que padecen hipertensión arterial y acudieron al Hospital La Esperanza durante el periodo 2018 – 2019.

**Criterios de inclusión:**

- Todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de ambos sexos de la ciudad de Trujillo atendidos en el Hospital la Esperanza – Essalud y que deseen participar del estudio

**Criterios de exclusión:**

- Población que no cuentan con la información completa en la base de datos y en las historias clínicas

**Muestra:** En el presente estudio aplicaremos dos tipos de muestra:

- a. De carácter censal: para los datos de incidencia, prevalencia, edad, género, procedencia, se consideran al total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, atendidos en cada año de estudio.
- b. Considerar utilizar la fórmula para estudios descriptivos con población finita, obteniéndose una muestra de 262 pacientes, para los datos de perfil clínico. (anexo 2)

**Muestreo:** Probabilístico, aleatorio simple.<sup>38</sup>

**Unidad de análisis:** Cada paciente con hipertensión arterial

**Unidad de muestra:** El registró en la historia clínica de cada paciente.

#### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

**La técnica:** Se realizará recolección mediante la técnica del análisis documental, a través de la obtención de la información de las fichas de recolección de datos.<sup>38</sup>

**Instrumento:** Se elabora una ficha de recolección de datos con dos partes, una primera parte serán los datos relacionados a los factores epidemiológicos como: factores no modificables y modificables y la otra y última parte los factores clínicos como: clínica, diagnóstico, evolución, complicaciones y tratamiento. (Anexo 03).

#### **3.5. Procedimiento:**

Obtenido el consentimiento del director del establecimiento para el acceder a las historias clínicas de los pacientes, se recolectarán los datos en una ficha diseñada para tal fin, teniendo presente los criterios de selección y muestreo.

### **3.6. Métodos de análisis de datos**

Los datos obtenidos en la ficha de recolección de datos se procesarán utilizando el programa SPSS 25.0 versión para Windows, la cual se presentará en tablas de frecuencias simples y porcentajes. Para la interpretación de los datos se aplicará estadística descriptiva: como promedio, media, desviación estándar en los casos que corresponda, tasa de incidencia, prevalencia.

### **3.6. Aspectos éticos**

Se respetará durante el desarrollo de la investigación la Normas de Ética considerando los principios de la Declaración de Helsinki <sup>37</sup> donde menciona como uno de sus principios la privacidad del paciente respetando su salud e intimidad y al mismo tiempo proteger la vida, teniendo en cuenta que es un estudio descriptivo; es por ello que se mantendrá el anonimato del paciente y los datos obtenidos solo el investigador podrá tener acceso a ellos mediante la autorización de la institución. Al no tener contacto directo con la población de estudio, sino que se realiza por las fichas no necesita del consentimiento informado.

## ANEXOS

### ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADO RES	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Características epidemiológicas y clínicas de HTA</b>	Expresión del estado de la salud – enfermedad que sufre la población y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen <sup>39</sup>	Información obtenida de la base de datos e historias clínicas. Considerando la clasificación de CIE 10: I10X	Incidencia  Prevalencia  Procedencia	Cuantitativa Continua Cuantitativa Continua Cualitativa nominal
	<b>Subvariables Características epidemiológicas</b>	<b>Factores de riesgo no modificables</b>  <b>Edad</b>  <b>Sexo</b>  <b>Antecedentes familiares de HTA</b>  <b>Factores de riesgo modificables</b>	18 años 19 – 30 31 – 60 60 – 79 80 a +  Hombre Mujer  Si No  Normal Sobrepeso	Cuantitativa de intervalo  Cualitativa Nominal  Cualitativa Nominal

		<b>Sobrepeso y obesidad</b>	Obesidad I Obesidad II Obesidad Mórbita	Cualitativa Ordinal
		<b>Diabetes mellitus</b>	Sí No	Cualitativa Nominal
		<b>Tabaquismo</b>	Sí No	Cualitativa Nominal
		<b>Dislipidemia</b>	Sí No	Cualitativa Nominal
		<b>Antecedente de cardiopatía isquémica</b>	Sí No	Cualitativa Nominal
	<b>Características clínicas de HTA</b>	<b>Criterio de diagnóstico</b>	Normal Alta HTA Grado I HTA Grado II HTA Grado III	Cualitativa Ordinal
		<b>Complicaciones</b> Infarto Agudo del Miocardio Accidente Cerebro Vascular Insuficiencia Renal	Si No	Cualitativa Ordinal

		<p><b>Tratamiento farmacológico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ieca)</li> <li>- Antagonistas de receptores de la angiotensina II</li> <li>- Bloqueadores de los canales de calcio</li> <li>- Diuréticos</li> <li>- Alfabetabloqueadores</li> <li>- Betabloqueadores.</li> <li>- Antagonistas de la aldosterona</li> </ul>	<p>SI</p> <p>NO</p> <p>SI</p> <p>NO</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>
--	--	--	---	-----------------------------------





**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, LLAQUE SANCHEZ MARIA ROCIO DEL PILAR, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Proyecto titulado: "Características epidemiológicas y clínicas de la hipertensión arterial en el Hospital-I La Esperanza, 2018– 2019", cuyo autor es CARRANZA VERA SASY LISSETTE, constato que la investigación tiene un índice de similitud de %, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender el Proyecto cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 06 de Diciembre del 2022

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
LLAQUE SANCHEZ MARIA ROCIO DEL PILAR <b>DNI:</b> 17907759 <b>ORCID:</b> 000-0002-6764-4068	Firmado electrónicamente por: LLAQUES el 06-12- 2022 12:02:39

Código documento Trilce: TRI - 0475744