



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



**FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR
CON HIPERTENSION ARTERIAL, EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO.33 EL ROSARIO.**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. ANA VELIA GONZALEZ CORRAL
Médico Residente de tercer año del curso de
Especialización en Medicina Familiar

ASESOR

DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO
Médico especialista en Medicina Familiar
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”

MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

DRA. MONICA SANCHEZ CORONA

COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.33 "EL ROSARIO"

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO".

DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"
ASESORA DE TESIS

DRA. ANA VELIA GONZALEZ CORRAL

RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, dar gracias a:

Dios

Mi fortaleza, mi guía, mi padre que siempre está a mi lado mostrándome el camino correcto, por permitirme seguir viviendo para poder terminar mi especialidad.

Mis Padres y Hermanos

Por brindarme su apoyo y consejo, por alentarme a seguir adelante, por sus sacrificios para poder llegar a ser lo que hoy soy.....

Gracias Doctora Mónica Osorio

Por su excelente entrega y dedicación en la realización de este proyecto, por su paciencia y colaboración.

Mis Profesores

A cada uno de ellos, en las diferentes sedes, por sus enseñanzas, apoyo y consejos durante todo este tiempo de formación.

Mis Amigos

Por pertenecer y estar estos tres años en mi vida, por su apoyo recibido y por dejarme compartir mi vida con ustedes.

A quienes de manera indirecta me han enseñado tal vez más que los libros, a los protagonistas de este estudio, **los pacientes**.....

DEDICATORIA

*“Alzaré mis ojos a los montes; ¿De dónde vendrá mi socorro?, Mi socorro viene de **Jehová**, que hizo los cielos y la tierra”*

Salmo 121;1-2.

Dedico mi trabajo de tesis a mi Padre **Dios**, por estar siempre a mi lado en este camino de la vida, permitiéndome terminar esta hermosa especialidad.

A mis Padres **Velia y Manuel**, porque siempre han estado a mi lado apoyándome, por su confianza, por su motivación de seguir adelante, porque sin ustedes sin sus enseñanzas y con su ejemplo puedo terminar esta meta.

Mis hermanos **Manuel, Carlos Alberto y Yessica**, por estar unidos en todo momento, por su confianza, por sus consejos, por ser mi apoyo incondicional.

Mis princesas **Andrea y Alexa**, porque son la alegría de mi vida, porque su amor, su sonrisa hacen que me esfuerce cada día, gracias por permitirme ser parte de sus vidas y conocer este diferente tipo de amor.

Mi familia **Corral García y González Solano**, porque no hay nada más hermoso en esta vida que tener una familia como ustedes, por sus consejos, por su paciencia, por entenderme y siempre por sus oraciones.

Mis amigas **Adriana, Alma, Tania, Yaya y Sonia** por compartir las inolvidables experiencias, los viajes, las risas, los momentos de llanto, pero siempre apoyándonos y porque sé que terminamos una meta juntas y cada una seguirá su camino, pero siempre seremos amigas.

Ge.....siempre mi incondicional.....siempre mi amiga....., otra meta compartida....

INDICE

Resumen	
	6
Introducción	
	7
Antecedentes	
	8
Planteamiento del Problema	
	16
Objetivos	
	18
Material y Métodos	
	19
Resultados	
	21
Tablas y Graficas	
	28
Discusión	
	54
Conclusiones	
	55
Bibliografía	
	57
Anexos	
	59

RESUMEN

Osorio GM, Gonzalez CA, Frecuencia de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor con hipertensión arterial, en la unidad de medicina familiar No.33 “el rosario”. IMSS. México Febrero 2015.

Introducción: El deterioro cognitivo es un padecimiento frecuente en los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica (HAS), presentándose en un 25% a 32%. **Objetivo:** Determinar la frecuencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con HAS, en la Unidad de Medicina Familiar No.33 “El Rosario”. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, prolectivo, descriptivo, transversal, abierto, en una muestra de 374 adultos mayores con diagnóstico de HAS (IC 95%), seleccionada mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, descartando la presencia de depresión al aplicar el test de Yesavage. Se les aplicó un cuestionario diseñado ex profeso para identificar factores sociodemográfico, grado de HAS, años de diagnóstico, comorbilidades y grado de deterioro cognitivo a través del mini mental de Folstein. El análisis de datos se realizó a través de porcentajes y frecuencias. **Resultados:** 231 (84.9%) adultos mayores presentaron deterioro cognitivo leve, 36 (9.6%) deterioro cognitivo moderado y 5 (1.3%) deterioro cognitivo grave. Se presentó con mayor frecuencia en mujeres (58.3%), casados (72.5%), edad entre 70 a 74 años (40,4%), ocupación en labores del hogar (59.1%), escolaridad primaria (59.1%) y HAS descontrolada (64.4%). **Conclusiones:** El deterioro cognoscitivo es un padecimiento frecuente en adultos mayores con HAS, por lo que se deben implementar estrategias enfocadas en la prevención y detección oportuna de acuerdo a la población de mayor riesgo. .

Palabras clave: deterioro cognitivo, adulto mayor, hipertensión arterial sistémica.

INTRODUCCION

En virtud que la expectativa de vida se ha venido incrementando en forma importante, la proporción de adultos mayores se ha elevado y junto con ello, la frecuencia de enfermedades crónicas, como es el caso de la hipertensión arterial sistémica, la cual se observa con frecuencia en este grupo de edad. Dentro de las enfermedades que más comúnmente se ha identificado en el adulto mayor es la presencia de deterioro cognoscitivo.

Existen factores que favorecen la presencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor, como son las enfermedades crónicas, siendo una de las más frecuentes, la hipertensión arterial sistémica (30 a 65%). El deterioro cognoscitivo en los adultos mayores es un padecimiento subdiagnosticado, debido a que la sintomatología no suele ser tan evidente y los síntomas pueden pasar desapercibidos o bien confundirse con estados iniciales de demencia.

La motivación para realizar este trabajo, es en relación que en nuestra unidad de medicina familiar, el 40 a 60% de la población a la que se brinda atención, son adultos mayores, muchos de ellos con enfermedades crónico degenerativas, principalmente, hipertensión arterial, sin embargo, no existe un registro confiable de cuántos de estos pacientes, cursan con deterioro cognitivo, por lo que considero que valdría la pena realizar una investigación, con respecto a este problema de salud.

Los resultados de esta investigación, permitirán al médico familiar, realizar un interrogatorio dirigido, que lo lleve a un diagnóstico integral y oportuno, brindando un tratamiento que incluya medidas de prevención, mejorando con esto, el pronóstico de los pacientes, evitando o retrasando la historia natural de la enfermedad y mejorando su calidad de vida así como la dinámica familiar de estos pacientes.

Se planteó como objetivo, determinar la frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica, en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".

ANTECEDENTES

El deterioro cognoscitivo es un síndrome caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como la memoria, orientación, calculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas y que generalmente es multifactorial. Factores como depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros dan lugar a alteraciones en funciones mentales superiores. Este síndrome amerita una evaluación integral para determinar si el paciente cursa con demencia o algún otro problema que pueda ser resuelto. Actualmente este término también se utiliza para reconocer la fase transicional entre el envejecimiento habitual y la demencia en etapas tempranas.^{1, 2, 3}

El manual de diagnóstico y estadística de Trastornos Mentales (DSM-V) utiliza los siguientes criterios para definir a la demencia: deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad de aprender nueva información o recordar información aprendida previamente). Una o más de las alteraciones cognoscitivas:³

- a) Afasia (alteración en el lenguaje)
- b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar que la función motora está intacta)
- c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
- d) Alteración de la ejecución.³

Dentro de las enfermedades crónicas degenerativas que favorecen la presencia de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor, está la Hipertensión Arterial. La Hipertensión arterial en el adulto mayor se define como la elevación continua y sostenida de las cifras tensionales diastólicas y/o sistólicas. Es la resultante del aumento de las resistencias al libre tránsito de la sangre en las arterias periféricas. La tensión arterial es igual a gasto cardíaco por resistencias periféricas, por lo que cualquier incremento en los parámetros que la determinan, si se mantiene, origina hipertensión arterial. En la edad adulta: cuando la media de dos o más determinaciones de presión arterial diastólica, es mayor o igual a 90 mm Hg y/o la presión arterial sistólica en las mismas condiciones es mayor o igual a 140 mm Hg. Se clasifica de acuerdo a mediciones en milímetros de mercurio en: optima

con presión sistólica menor de 120 y diastólica menor de 80, normal con sistólica de 120-129, diastólica 80-84, normal alta con sistólica de 130-139, diastólica 85-89, Hipertensión grado I sistólica 140-159, diastólica 90-99, Hipertensión grado II sistólica de 160-179, diastólica 100-109, Hipertensión grado III con sistólica mayor o igual a 180, y diastólica mayor o igual 110, Hipertensión sistólica aislada con sistólica mayor o igual a 140 y diastólica menor de 90.^{3,4}

Los cambios vasculares asociados a la edad se caracterizan por la formación de ateromas, pequeños engrosamientos y remplazo del tejido muscular por tejido fibroso haciendo los vasos más gruesos y rígidos (arterioesclerosis). En los ancianos normo tensos por lo regular no implica compromiso significativo del diámetro de los vasos intracraneales, a diferencia de los hipertensos donde el daño suele ser mayor.⁴

La hipertensión favorece cambios ateroscleróticos hialinos principalmente a nivel de la sustancia blanca cerebral profunda conocida como leucoaraiosis. La presencia de placas neuróticas, lesiones neurofibrilares y placas seniles a nivel cortical y subcortical se acumulan de manera habitual en el curso del envejecimiento, sin embargo su presencia excesiva se asocia a deterioro cognoscitivo. Los radicales libres causan daño oxidativo que da como resultado el envejecimiento y muerte celular. La acumulación de B-amiloidea y lipofuscina forman parte del envejecimiento, se han asociado a un incremento del daño oxidativo, por lo tanto a una mayor pérdida de la memoria. Durante el envejecimiento hay cierto grado de deterioro fisiológico que provoca.⁵

- a) Enlentecimiento en la velocidad para procesar la información
- b) Disminución de la capacidad de almacenamiento
- c) Disminución en la capacidad de evocar información nueva.
- d) Reducción en la capacidad ejecutiva.
- e) Existe un pobre desempeño para recordar eventos recientes siendo los remotos mejor recordados.
- f) La fluencia verbal muestra una capacidad disminuida con la edad.⁵

En este sentido, la alta prevalencia del deterioro cognoscitivo en la población mexicana se relaciona de manera importante con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, (tales como diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cerebral y depresión), lo que señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población de adultos mayores. Existen

varios factores que se han asociado a una mayor frecuencia de deterioro cognitivo. Algunos son socio demográficos, como la edad, el sexo femenino y la baja escolaridad, y otros son comorbilidades, como la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión, y la enfermedad vascular cardiaca y cerebral. En México también se han reportado, como factores de riesgo para deterioro cognitivo con dependencia funcional, la diabetes, la enfermedad cerebral y la depresión.⁵

La diabetes y el deterioro cognitivo son dos entidades patológicas cuya prevalencia se incrementa con la edad y existen caminos fisiopatológicos comunes que hipotéticamente explican la interrelación epidemiológica entre estas dos entidades clínicas. La hiperinsulinemia ocasionada por la resistencia a la insulina así como la obesidad se han establecido como un factor de riesgo modificable de disfunción cognoscitiva tanto en individuos diabéticos como no diabéticos. El estudio ENASEM demuestra la prevalencia encontrada de presentar deterioro cognoscitivo mayor en mujeres, aumenta con la edad, y es menor en sujetos casados, en sujetos con reporte de presencia de diferentes comorbilidades como diabetes mellitus, enfermedad cardiaca así como hipertensión la probabilidad de deterioro cognoscitivo más dependencia funcional es significativamente mayor.⁶

Factores socios demográficos como la baja escolaridad, la edad, sexo masculino y el nivel socioeconómico se relacionan con una mala adhesión al tratamiento y por consecuente a un mayor descontrol la Hipertensión Arterial. La Asociación Estadounidense del Corazón informó que distintos factores asociados con la falta de adhesión del paciente al tratamiento, como la edad, el estado marital, la personalidad del enfermo así como la baja escolaridad, también están relacionados a una mayor probabilidad de presentar deterioro cognoscitivo.^{7,8}

En relación al grado de presentación de cifras tensiionales, con la presencia de deterioro cognoscitivo, se ha documentado que a mayor grado de hipertensión arterial, existe un mayor riesgo de deterioro cognitivo en los adultos mayores, esto aumenta si los pacientes tienen un riesgo cardiovascular alto. La Guía Europea de hipertensión hace referencia en cuanto a la presencia de deterioro cognoscitivo desde estadios de hipertensión grado 1 con riesgo cardiovascular bajo a moderado.⁸

La aplicación de la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia ha demostrado que el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en el adulto mayor tiene beneficios desde el punto de vista de los resultados cardiovasculares independientemente de los medicamentos que se utilicen. La hipertensión como fenómeno propio del adulto mayor, que repercute en órganos diana como cerebro es un problema ampliamente estudiado y se ha demostrado

que al tener mejor control de los niveles de tensión arterial son menos las complicaciones a los órganos diana. En lo que respecta al deterioro cognoscitivo se ha demostrado que al tratar a los pacientes hipertensos se logra disminuir la incidencia de demencia. El estudio Syst-EUR mostro que en los hipertensos tratados mejora la capacidad cognitiva y disminuye el riesgo de demencia.⁹

Los principales estudios clínicos han demostrado que los pacientes adultos mayores por lo general necesitan tratamiento con múltiples agentes antihipertensivos para llegar a la meta de presión arterial y mantenerse en ella. El número de agentes antihipertensivos que requieren es dos a cuatro en promedio.⁹

Otro obstáculo importante para lograr las metas de presión arterial es la falta de adherencia de los pacientes, que se relaciona con el número de dosis diarias; por ello resultan muy útiles los preparados farmacéuticos que incluyen más de una droga, entre los cuales los más comunes son aquellos que asocian diuréticos e inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina (IECA), o diuréticos y antagonistas del receptor de angiotensina II (ARAII). También existen mezclas de bloqueadores de canales de calcio con ARAII o con IECA. Esto mejora las posibilidades de manejo de una condición que se controla en sólo 15% de los casos con una sola droga y en 80%, con dos drogas.¹⁰

Típicamente la evaluación clínica cognoscitiva solo se realiza después de que el paciente o la familia se quejan de problemas de memoria, sin embargo la evaluación cognoscitiva se debe realizar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención rutinariamente por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognoscitivo más aún si cursan con enfermedad crónico degenerativas como la hipertensión arterial.¹¹

El examen mínimo del estado mental (MMSE), es útil como instrumento de detección del deterioro cognoscitivo. Su aplicación lleva menos de 10 minutos e identifica en forma temprana trastornos de la memoria y el deterioro cognoscitivo, La concordancia entre médicos de primer nivel y neuropsicólogos es del 86%. El MMSE de Folstein tiene una sensibilidad 90% y una especificidad 75% para detectar deterioro cognoscitivo. Tiene una puntuación máxima de 30 puntos, que valora diferentes dominios: orientación, registro o fijación, atención y cálculo, memoria reciente, lenguaje y construcción visual. El resultado del MMSE deberá ser controlado por la escolaridad de los sujetos, con una media para normalidad de 24 puntos o más para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y de 22 puntos para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad. En personas con más de 8 años de escolaridad el MMSE establece como deterioro cognoscitivo:¹¹

- a) Sin deterioro: 24 o más puntos
- b) Leve; 19 a 23 puntos.
- c) Moderado: 14 a 18 puntos.
- d) Grave: menos 14 puntos.¹¹

Al evaluar la presencia de deterioro cognoscitivo se debe considerar realizar un diagnóstico diferencial adecuado, evitando confundir el deterioro cognoscitivo con otros padecimientos como la depresión. La depresión frecuentemente puede confundirse con deterioro cognoscitivo, debido a que los síntomas como aislamiento, anhedonia y olvidos por distracción suelen imitar a los síntomas de deterioro cognoscitivo.¹²

Existen instrumentos que permiten evaluar la presencia de depresión en el adulto mayor, dentro de los más utilizados se encuentran la escala de Beck en la cual se detecta la presencia de depresión y se mide exactamente la gravedad. La escala de Hamilton, la cual permite definir por medio de 14 preguntas si el paciente se encuentra en riesgo de presentar depresión o bien, si ya cursa con depresión. Cabe mencionar que estos dos instrumentos no son específicos para evaluar depresión en el adulto mayor. La escala de Yesavage es el instrumento más útil para la detección de depresión en ancianos, la escala de depresión geriátrica de 30 y 15 reactivos, tiene una sensibilidad y especificidad de 97% y 85% respectivamente, la escala se considera positiva para depresión cuando: GDS 5 reactivos: 2 preguntas son afirmativas, GDS 15 reactivos: 6 preguntas son afirmativas, GDS 30 reactivos: 15 preguntas son afirmativas.^{13, 14}

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en los adultos mayor, siendo la hipertensión arterial (HTA), uno de sus principales factores de riesgo, afectando a más del 60% de las personas de 65 años o más. Según datos estimados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) del año 2000, la prevalencia de HTA en la población mexicana es de 30,0%, pero asciende a más de 50% en las personas de 50 años o más, por lo que su prevalencia general aumenta a medida que la población envejece. La fuerte asociación entre el deterioro cognoscitivo y la hipertensión (HTA), ha traído una considerable atención en los últimos años. Peppard y cols. En el año 2000 realizaron un estudio prospectivo, donde todos los participantes fueron estudiados mediante el test de orientación de Benton. Se determinó que el riesgo de HTA era tres veces mayor en pacientes con un índice de deterioro de 15 que en quienes el índice de deterioro era de 0.¹⁵

Se estima que alrededor del 50% de los pacientes con deterioro cognoscitivo no son diagnosticados por los médicos de primer nivel. De igual manera, alrededor del 50% de los pacientes a quienes se les realiza un diagnóstico con criterios estándar para demencia, los familiares o cuidadores no habían identificado que tenían problemas de memoria. Hay que tomar en cuenta que en el adulto mayor se debe realizar el diagnóstico diferencial con depresión, con la aplicación de la escala de Yesavage, uno de cada 8 mexicanos adultos mayores tiene depresión mayor, por lo que su detección y manejo es una alta prioridad.¹⁶

El envejecimiento poblacional aunado a al incremento de enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial, es hoy en día una tendencia innegable. En este contexto socio demográfico, se constata que en las consultas de neurología, el deterioro cognitivo constituye el segundo motivo de consulta más frecuente, llegando a alcanzar hasta el 16% de las primeras visitas especializadas. La demencia es un trastorno frecuente en el adulto mayor, se estima que existen alrededor 24.3 millones de pacientes con demencia, con el incremento de 4.6 millones de nuevos casos cada año. La incidencia y la prevalencia de demencia se han acrecentado significativamente en la segunda mitad del siglo XX, en relación con el aumento de la esperanza de vida en las poblaciones occidentales, siendo la edad el factor de riesgo más importante para el deterioro cognitivo.^{16,17}

La prevalencia del deterioro cognoscitivo más dependencia funcional (demencia), fue de 3.3%, similar a la reportada para demencia en algunos países de Latinoamérica. Estudios realizados en Latinoamérica sobre esta entidad plantean que el deterioro supone un riesgo de presentar demencia en aproximadamente un 12% de la población por año, mientras que en personas sanas, la tasa de conversión a demencia está entre el 1-2% anual. Para el año 2015 en Estados Unidos se espera que 867.875 personas ingresen en la población de adultos mayores, y en el año 2050 habrá 15 millones de personas en esa edad, específicamente hablando del deterioro cognitivo se estima que para el 2050, 3 de cada 1000 habitantes padezcan deterioro cognitivo. La prevalencia del deterioro cognitivo es 1.5 veces mayor en hombres que en mujeres, según estudios realizados en clínica Mayo Rochester Estados Unidos, también muestra una prevalencia del trastorno cognitivo del 16% en un estudio poblacional de individuos entre los 70 y los 80 años. Datos derivados de la encuesta de salud y envejecimiento de Latinoamérica (SABE, 2001), revelan que el 11% de la población mayor de 60 años padece de algún deterioro cognoscitivo.¹⁸

En México la prevalencia general de deterioro cognoscitivo es una condición importante en la población mayor de 65 años, encontrándose alrededor del 8% en la población de adultos mayores (ENASEM 2007). Existen varios estudios

epidemiológicos como en el caso de Eurodem Consortium que documentaron como la prevalencia de demencia se incrementa con la edad, mientras que en la población entre 60-65 años, solo hay una prevalencia del 1%, en la población de 80-85 años del 13% y en la población entre 90-95%, llega a 32%; a partir de lo cual, se obtiene una prevalencia global del 5% en adultos mayores de 65 años de edad, que se eleva al 20% en adultos mayores de 80 años. ^{18,19}

En México, es común observar adultos mayores que además de cursar con hipertensión arterial, cursan con otras comorbilidades como es el caso de la diabetes mellitus, la cual constituye la tercera causa de muerte y de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, el 9.2 % de los adultos entre 20 y 80 años se saben portadores de este padecimiento, el cual es más prevalente en personas de mayor edad. En la cohorte histórica basada en población reportada por Leibson et al., se encontró que el riesgo de desarrollar deterioro cognoscitivo fue más del doble en hombres con diabetes en comparación con aquellos sin diabetes; en cambio, en las mujeres el riesgo, aunque elevado, no alcanzó significación estadística.¹⁹

Otra comorbilidad asociada a la presencia de deterioro cognitivo en adultos mayores con hipertensión arterial, es la enfermedad cerebral, la cual incrementa exponencialmente con la edad, sin embargo el aumento de edad es independiente de los eventos que se puedan presentar en una enfermedad cerebral. El que se presenten eventos cerebrales está muy relacionado con la presencia de deterioro cognoscitivo y el progreso a demencia. ¹⁹

En relación a los factores sociodemográficos, se calcula que la incidencia de demencia en México es de 27.3 por 1000 personas por año, y la prevalencia se ha estimado que va del 7.1 al 7.9 % para deterioro cognitivo, de 3.3 % para este más dependencia funcional y de 7.3 % para deterioro cognitivo leve (no demencia). Estos hallazgos son más frecuentes en mujeres, sujetos de mayor edad, de menor escolaridad y residentes del área rural.¹⁹

Durante el periodo comprendido entre 1993-2005, la prevalencia para hipertensión arterial en la población de 20 años y más es de un tercio de esa población (30.8%), cuatro puntos porcentuales más que en 1993 y sin cambios significativos de 2000 a 2005. El cambio porcentual fue ligeramente mayor en mujeres (25.1 a 30.6%) respecto a hombres (28.5 a 31.5%) en todo el periodo. El incremento de ancianos hipertensos se ha elevado a una tasa porcentual aproximada del 60% en este grupo de edad, los cambios que se producen con la edad son magnificados con la presencia de hipertensión arterial.²⁰

Con respecto a la asociación del incremento en la cifras tensionales con la presencia de deterioro cognoscitivo, en numerosos estudios aleatorizados sobre el

tratamiento antihipertensivo en el anciano, se ha observado una reducción de presentar deterioro cognoscitivo mediante el control de la presión arterial, el promedio de la presión arterial sistólica alcanzada nunca llegó a valores menores de 140 mmhg. Por el contrario dos estudios japoneses recientes en los que comparaba el control de la presión arterial con tratamiento más intensivo o menos intensivo no fueron capaces de demostrar los beneficios de reducciones de presión arterial a 136 y 137 mmhg, comparadas con 145 y 142 mmhg. Por otra parte, un análisis del subgrupo de pacientes de edad avanzada del estudio FEVER mostro una reducción de presentar deterioro cognoscitivo mediante la reducción de la presión arterial sistólica a un poco menos de 140 mmhg (comparado con 145 mmhg).^{21, 22}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al igual que en nuestro país, la incidencia de deterioro cognoscitivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario va en aumento. Es bien sabido, que existe una asociación significativa entre la hipertensión y deterioro cognoscitivo en el adulto mayor, sin embargo, los casos de demencia diagnosticados en pacientes con hipertensión de edad adulta en nuestra unidad, son mínimos, por lo que es muy probable que exista un alto porcentaje de deterioro cognoscitivo no diagnosticado.¹

La alta prevalencia del deterioro cognoscitivo en la población mexicana se relaciona con la presencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, principalmente en adultos mayores. Con frecuencia, estos pacientes pueden cursar con otras comorbilidades que favorecen la presencia de deterioro cognoscitivo como son: diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad vascular cerebral y cardíaca.^{2, 3,4}

En México, se ha encontrado una correlación entre ciertos factores socio demográfico y el deterioro cognoscitivo en el adulto mayor como son: edad, escolaridad, sexo, ocupación y estado civil. Adultos mayores con hipertensión de sexo femenino, baja escolaridad, edad mayor de 65 años, el no tener pareja y no encontrarse realizando alguna ocupación son factores que favorecen la presencia de deterioro cognoscitivo.^{5,6}

Otros factores relacionados con hipertensión arterial y deterioro cognoscitivo en el adulto mayor son optima con presión sistólica menos de 120, diastólica menos de 80, Normal sistólica 120-129 y diastólica 80-84, Normal alta sistólica 130-139, diastólica 85-89, Hipertensión grado I 140-159, diastólica 90-99, Hipertensión grado 2 160-179, diastólica 100-109, Hipertensión 3 mayor o igual de 180 mayor o igual 110, Hipertensión sistólica aislada mayor o igual 140, diastólica menor 90. De igual manera el descontrol hipertensivo, años de diagnóstico de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento por el número de medicamentos que toma el paciente).^{7,8}

El examen mínimo del estado mental (MMSE), es útil como instrumento de detección del deterioro cognoscitivo, tiene una sensibilidad 90% y una especificidad 75%. Al evaluar el deterioro cognoscitivo es necesario realizar un diagnóstico diferencial con depresión, utilizando instrumentos como la escala de Yesavage instrumento más útil para la detección de depresión en ancianos, tiene una sensibilidad y especificidad de 97% y 85%.^{9,10}

En el marco de la prevención primaria, identificar los factores asociados a deterioro cognoscitivo en adultos con hipertensión de nuestra unidad, permitiría realizar estrategias de prevención que impacten no solo en las consecuencias que

esta enfermedad ocasiona en el paciente, sino en la disminución de los altos costos económicos y sociales que implica este padecimiento y sus consecuencias secundarias.^{11,12}

En base a lo anterior, me permito formular la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor con hipertensión, en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la frecuencia de deterioro Cognoscitivo en adultos Mayores con Hipertensión, en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.

Objetivos específicos:

1. Identificar la frecuencia de deterioro cognoscitivo de acuerdo al grado de hipertensión arterial en adultos mayores con hipertensión de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.
2. Identificar la frecuencia de deterioro cognoscitivo de acuerdo al tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial en adultos mayores con hipertensión de la unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.
3. Identificar la frecuencia de deterioro cognoscitivo relacionado con otras comorbilidades en adultos mayores con hipertensión de la unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.
4. Identificar la frecuencia de deterioro cognoscitivo de acuerdo a número de medicamentos antihipertensivos con los que son tratados los adultos mayores con hipertensión de la unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.
5. Identificar la frecuencia de deterioro cognoscitivo de acuerdo a los factores socio demográfico en adultos mayores con hipertensión de la unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, prolectivo, descriptivo y transversal. Mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, se realizó un cálculo de muestra (IC 95%) de 374 adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica, en la unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”. En el estudio se incluyeron hombres y mujeres de 60 años o más, del turno matutino o vespertino, que no tuvieran diagnóstico de depresión, o bien, que al aplicar la escala de Yesavage, se descartará la presencia de depresión, que aceptaran participar en el estudio y que tuvieran la capacidad la capacidad para otorgar su consentimiento informado.

Previo consentimiento informado, a todos los pacientes se les aplico el Test de Yesavage para evaluar si cursaban o no con depresión, aquellos que obtuvieron una puntuación igual o mayor de 6 puntos (con depresión) se excluyeron del estudio, y los que obtuvieron una puntuación igual o menor de 5 puntos (sin depresión), fueron considerados dentro de la muestra. Se les aplico un cuestionario diseñado exprofeso, el cual fue validado a través de una prueba piloto. El cuestionario permite identificar factores sociodemográficos, control de hipertensión arterial sistémica, y presencia de deterioro cognoscitivo, así como el grado de hipertensión arterial sistémica y el número de medicamentos utilizados. Los factores sociodemográficos identificados fueron: sexo, edad, ocupación, escolaridad y estado civil. Para evaluar si el paciente cursaba con Hipertensión arterial sistémica controlada o descontrolada, se tomaron en cuenta las 2 últimas cifras de tensión arterial reportadas en el expediente clínico y se registraron en el cuestionario. Se consideró a los pacientes con hipertensión arterial sistémica controlada, a quienes en sus dos últimos registros de tensión arterial tuvieron cifras igual o menor de 140/80 mmhg y pacientes con hipertensión arterial sistémica descontrolada a quienes tuvieron cuando menos una cifra de tensión arterial sistólica mayor de 140 y diastólica mayor de 90 mmhg. El cuestionario también incluyo la escala de Mini mental de Folstein, para identificar la presencia o no de deterioro cognoscitivo así como el grado de deterioro cognoscitivo: con escolaridad de 0 a 4 años de escolaridad Normal: 22 a 30 puntos, Leve: 19 a 23 puntos, Moderado: 14 a 18 puntos y Grave Menos de 14 puntos, De 5 a 8 años de escolaridad Normal: 24 a 30 puntos, Leve: 19 a 23 puntos, Moderado: 14 a 18 puntos y Grave menos de 14 puntos, Más de 8 años de escolaridad, Normal:24 a 30 puntos, Leve: 19 a 23 puntos, Moderado: 14 a 18 puntos y Grave: menos de 14 puntos. Los datos proporcionados por los participantes se mantuvieron en absoluta confidencialidad.

Para el análisis de los datos se clasifico a la población de acuerdo a sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y control o descontrol de la hipertensión arterial, grados de hipertensión arterial y numero de medicamentos utilizados. Se analizó la frecuencia y grado de deterioro cognoscitivo que presento la población estudiada, de acuerdo a cada rubro. Para el análisis de resultados se utilizó el programa SPSS versión 22, se calcularon porcentajes y frecuencias de cada una de las variables. Su representación gráfica se hizo mediante graficas de sectores o diagramas de barras para variables cualitativas nominales.

El presente trabajo de investigación se llevará a cabo conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación a nivel internacional, nacional e institucional previo consentimiento informado de las personas que participaron en el estudio.

RESULTADOS

De los 374 adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.33 “El Rosario” que participaron en el estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación a la frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica esta se distribuyó de la siguiente forma: 102 (27.3%) adultos mayores no presentaron deterioro cognoscitivo y 272 (72.7%) adultos mayores presentaron deterioro cognoscitivo, según estudio mini mental de Folstein. (Tabla y grafica No.1).

De los 272 (72.7%) adultos mayores calificados con deterioro cognoscitivo, estos se distribuyeron de la siguiente forma, en base al grado de deterioro cognoscitivo: 231 (61.8%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 36 (9.6%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y 5 (1.3%) presentaron deterioro cognoscitivo grave. (Tabla y grafica No.2).

Considerando a los 272 (100%) adultos mayores con Hipertensión Arterial sistémica detectados con deterioro cognoscitivo, la frecuencia se distribuyó de la siguiente forma: 231 (84.9%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 36 (13.2%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y 5 (1.8%) presentaron deterioro cognoscitivo grave (Tabla y grafica No. 3).

En lo que se refiere a la distribución de los 374 (100%) adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica en relación al control de la Hipertensión arterial, esta se encontró de la siguiente forma: 133 (35.6%) presentaron hipertensión arterial controlada y 241 (64.4 %) presentaron hipertensión arterial sistémica descontrolada. (Tabla y grafica No. 4)

En relación a la distribución en base al de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica controlada o descontrolada, se dio de la siguiente forma: De los 133 (35.50%) adultos mayores con hipertensión arterial controlada, 42 (42.8%) no presentaron deterioro cognoscitivo y 91 (24.3%) presentaron deterioro cognoscitivo en alguno de sus grados. Con respecto a los 241 (27.20%) adultos mayores con hipertensión arterial sistémica descontrolada, 60 (61.2%) no se presentaron deterioro cognoscitivo y 181 (48.30%) presentaron deterioro cognoscitivo en alguno de sus grados. (Tabla y grafico 5).

De lo anterior, la distribución de los 133 (35.50%) adultos mayores con hipertensión arterial sistémica controlada en cuanto al grado de deterioro cognoscitivo fue de la siguiente forma: 42 (11.20%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 85 (22.7%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 6 (1.6%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y no se encontró deterioro grave con hipertensión arterial sistémica controlada. En cuanto a la distribución de los 146

(39%) adultos mayores con hipertensión arterial descontrolada, 60 (16%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 146 (39%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 30 (8.0%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y 5 (1.3%) presentaron deterioro cognoscitivo grave. (Tabla y grafica No.6).

Por otro lado, de los 241 (100%) adultos mayores con hipertensión arterial sistémica descontrolada, la distribución en base al grado de hipertensión fue la siguiente: 103 (42,7%) presentaron hipertensión arterial descontrolada grado 1, 122 (50.6%) presentaron hipertensión descontrolada grado 2 y 16 (6.6%) presentaron hipertensión arterial descontrolada grado 3. (Tabla y grafico No.7)

En base a la distribución de grado de deterioro cognoscitivo en relación al grado de hipertensión arterial sistémica, la distribución fue la siguiente: De los 103 (42.60%) adultos mayores con hipertensión arterial grado I, 28 (11.6%) no presentaban deterioro cognoscitivo, 69 (28.6%) presentaban deterioro cognoscitivo leve, 6(2.4%) presentaban deterioro cognoscitivo moderado y no se detectaron adultos mayores con deterioro cognoscitivo grave. De los 122 (50.6%) adultos mayores con hipertensión arterial grado 2, estos se distribuyeron de la siguiente manera: 27(11.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 69 (28.6%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 21 (8.7%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y 5 (2.0%) presentaron deterioro cognoscitivo grave. Con respecto a los 16 (6.6%) adultos mayores que presentaron hipertensión arterial grado 3, estos se distribuyeron de la siguiente forma: 3 (1.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 10 (4.1%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 3 (1.2%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y no se detectaron casos de deterioro cognoscitivo grave. (Tabla y grafica 8).

En lo que se refiere a la distribución de los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en relación al sexo, esta se encontró de la siguiente forma: 218 (58.3%) adultos mayores fueron mujeres y 156 (41.7%) adultos mayores fueron hombres (Tabla y grafica No. 9).

Con relación a la distribución de los adultos mayores de acuerdo a sexo y a la presencia o no de deterioro cognoscitivo, esta se presentó de la siguiente forma: Con respecto a las 218 (58.10%) mujeres, 60 (16%) no presentaron deterioro cognoscitivo y 158 (42.1%) presentaron deterioro cognoscitivo. En el caso de los 156 (41.64%) hombres, 42 (11.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo y 114 (30.4%) presentaron deterioro cognoscitivo (Tabla y grafico No. 10).

De las 218 (58.10%) mujeres adultas mayores con hipertensión arterial, la distribución con respecto al grado de deterioro cognoscitivo fue la siguiente: 60 (16%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 131 (35.0%) presentaban deterioro cognoscitivo leve, 22 (5.8%) presentaban deterioro cognoscitivo moderado y 5 (1.3%) presentaban deterioro cognoscitivo grave. Con respecto a los 114 (30.4%)

hombres, la distribución en cuanto a grado de deterioro cognoscitivo fue la siguiente: 42 (11.20%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 100 (26.7%) presentaban deterioro cognoscitivo leve, 14 (3.74%) presentaban deterioro cognoscitivo moderado y no se presentaron adultos mayores del sexo masculino con deterioro cognoscitivo grave. (Tabla y grafico No. 10).

En lo que se refiere a la distribución de los 374 (100%) adultos mayores con hipertensión arterial de acuerdo al grupo de edad, esta se presentó de la siguiente forma: 65 (17.3%) tenían de 60 a 64 años, 98 (26.2%) tenían de 65 a 69 años de edad, 151 (40.3%) tenían de 70 a 74 años y 60 (16.0%) tenían de 75 a 80 años de edad. (Tabla y grafica 11).

Respecto a lo anterior, la distribución de los adultos mayores con hipertensión arterial de acuerdo a grupo de edad y presencia o no de deterioro cognoscitivo fue la siguiente: De los 65 (17.3%) adultos mayores de 60 a 64 años de edad, 59 (15.7%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 6 (1.6%) presentaron deterioro cognoscitivo leve y no se identificaron casos de deterioro cognoscitivo moderado y grave. En cuanto a los 98 (26.2%) adultos mayores de 65 a 69 años de edad estos se distribuyeron de la siguiente manera: 31 (8.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 66 (17.6%) presentó deterioro cognoscitivo leve y 1 (0.2%) presentó deterioro cognoscitivo moderado, no se presentaron casos con deterioro cognoscitivo grave. En relación los 151 (40.3%) adultos mayores entre 70 y 74 años de edad la distribución de deterioro cognoscitivo fue de la siguiente forma: 11 (2.9%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 136 (36.3%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 4 (1.0%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado, no se presentaron casos de deterioro cognoscitivo grave. De los 60 (16.0%) adultos mayores de 75 a 80 años, la distribución fue de la siguiente forma: 1 (0.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 23 (6,1%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 31 (8.2%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y 5 (1.3%) presentaron deterioro cognoscitivo grave. (Tabla y grafica No. 12).

En lo que se refiere a la distribución de los 374 (100%) adultos mayores con hipertensión arterial de acuerdo a la escolaridad, esta se presentó de la siguiente forma: no se presentaron adultos mayores sin escolaridad, 221 (59.1%) tuvieron escolaridad primaria, 55 (14,7%) tuvieron escolaridad secundaria, 35 (9.4%) tuvieron escolaridad bachillerato, 58 (15.5%) tuvieron escolaridad licenciatura y 5 (1.3%) tuvieron escolaridad en posgrado, maestría o doctorado. (Tabla y grafico 13).

Respecto a lo anterior, la distribución de los 374 (100%) adultos mayores con hipertensión arterial de acuerdo a escolaridad y presencia o no de deterioro cognoscitivo fue la siguiente: De los 221 (59%) adultos mayores con escolaridad primaria, 36 (9.6%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 160 (42.7%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 21 (5.6%) presentaron deterioro

cognoscitivo moderado y 4 (1.0%) presento deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 55 (14.7%) adultos mayores con escolaridad secundaria, 4 (1.0%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 44 (11.7%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 7(1.8%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y no se presentaron casos de deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 35 (9.3%) adultos mayores con escolaridad bachillerato, 16 (4.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 17(4.5%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 2 (0.5%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y no se presentó deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 58 (15.5%) adultos mayores con escolaridad licenciatura, 42 (11.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 9(2.4%) no presentaron deterioro cognoscitivo leve, 6(1.6%) no presentaron deterioro cognoscitivo moderado y 1 (0.2%) presento deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 5 (1.3%) adultos mayores con escolaridad postgrado, maestría o doctorado, 4 (1.0%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 1(0.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo leve, no se presentaron casos de adultos mayores con deterioro cognoscitivo moderado y no se detectó la presencia de deterioro cognoscitivo grave con escolaridad de postgrado, maestría o doctorado. (Tabla y grafico No.14).

En lo que se refiere a la distribución de los 374 (100%) adultos mayores con hipertensión arterial de acuerdo al estado civil, esta se presentó de la siguiente forma: 271 (72.5%) eran casados, 44 (11.8%) estaban en unión libre y 59 (15.8%) eran viudos. (Tabla y grafica No.15).

Respecto a lo anterior, la distribución de los adultos mayores con hipertensión arterial de acuerdo al estado civil y presencia o no de deterioro cognoscitivo fue la siguiente: De los 271 (72.4%) adultos mayores con estado civil casado, 88 (23.5%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 171 (45.7%) presentaban deterioro cognoscitivo leve, 12 (3.2%) presentaban deterioro cognoscitivo moderado y no se detectaron casos de deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 44 (11.7%) adultos mayores con estado civil unión libre, 9 (2.4%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 31 (8.2%) presentaban deterioro cognoscitivo leve, 4 (1.0%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y no se casos de presentaron casos de deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 59 (15.7%) adultos mayores con estado civil viudo, 5 (1.3%) no presentaban deterioro cognoscitivo, 29 (7.7%) presentaban deterioro cognoscitivo leve, 20 (5.3%) presentaba deterioro cognoscitivo moderado y 5 (1.3%) presenta deterioro cognoscitivo grave. (Tabla y grafico No.16).

En lo que se refiere a la distribución de los 374 (100%) adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en relación con la ocupación, esta se encontró de la siguiente forma: 221 (59.1%) realizaban actividades en el hogar, 40 (10.7%) eran

obreros, 20 (5.3%) eran empleados, 54 (14.4%) eran trabajadores independientes y 39 (10.4%) realizaban otro tipo de actividad. (Tabla y grafico No. 17).

Respecto a lo anterior, la distribución de los adultos mayores con hipertensión arterial de acuerdo a su ocupación y presencia o no de deterioro cognoscitivo fue la siguiente: De los 221 (59.1%) adultos mayores que estaban en el hogar, 42 (11.2%) no presentaban deterioro cognoscitivo, 164 (43.8%) presentaban deterioro cognoscitivo leve, 13 (3.4%) presentaba deterioro cognoscitivo moderado y 2 (0.5%) se detectó deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 40 (10.7%) adultos mayores con ocupación obrero, 31 (8.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 9 (2.4%) presento deterioro cognoscitivo leve y no se presentaron casos con deterioro cognoscitivo moderado y grave. En relación a los 20 (5.3%) adultos mayores con ocupación empleado, 18 (4.8%) no presentaban deterioro cognoscitivo, 1 (0.2%) presentaba deterioro cognoscitivo leve, 1 (0.2%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y no se presentaron casos de deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 54 (14.4%) adultos mayores con trabajo independiente, 11 (2.9%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 35 (9.3%) presento cognoscitivo leve, 8 (2.1%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y no detectó la presencia de casos de deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 39 (10.4%) adultos mayores con otro tipo de ocupación, no se presentaron pacientes con deterioro cognoscitivo, 22 (5.8%) presento deterioro cognoscitivo leve, 14 (3.7%) con presencia de deterioro cognoscitivo moderado y 3 (0.8%) presento deterioro cognoscitivo grave. (Tabla y grafica No. 18).

En lo que se refiere a la distribución de los 374 (100%) adultos mayores con hipertensión arterial sistémica con deterioro cognoscitivo de acuerdo a los años de diagnóstico de la hipertensión arterial sistémica fue la siguiente: 67 (17.9%) se encontró entre los 10 o menos año de diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, 239 (63.9%) tenía entre 11 a 20 años de diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y 68 (18.2%) tenían más de 20 años de diagnóstico. (Tabla y grafica No. 19).

Respecto a lo anterior, la distribución de los adultos mayores con hipertensión arterial de acuerdo a los años de diagnóstico y presencia o no de deterioro cognoscitivo fue la siguiente: De los 67 (17.9%) adultos mayores con 10 o menos años de diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, 57 (15.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 10 (2.6%) presentaron deterioro cognoscitivo leve y no se presentaron casos de deterioro cognoscitivo moderado y grave. De los 239 (63.9%) adultos mayores con 11 a 20 años de diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, 41 (10.9%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 192 (51.3%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 6 (1.6%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y no se presentaron casos con deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 68 (18,2%) adultos mayores con diagnóstico de

hipertensión arterial sistémica de más de 20 años, 4 (1.0%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 29 (7.7%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 30 (8.0%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y 5 (1.3%) presentaron deterioro cognoscitivo grave. (Tabla y grafica No.20).

En lo que se refiere a la distribución de los 374 (100%) adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en base a las comorbilidades asociadas fue de la siguiente forma: 227 (60.7%) presentaron diabetes Mellitus tipo 2, 83 (22.2%) presentaron enfermedad vascular cerebral, 39 (10.4%) presentaron enfermedad del corazón, 17 (4.5%) se encontraban con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 8 (2.1%) presentaron algún otro tipo de comorbilidad. (Tabla y grafica No. 21)

Respecto a lo anterior, la distribución de los adultos mayores con hipertensión arterial de acuerdo a la presencia de otras comorbilidades además de hipertensión arterial sistémica y presencia o no de deterioro cognoscitivo fue la siguiente: De los 227 (60.7%) adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, 56 (14.9%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 140 (37.4%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 29 (0.5%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y 2 (0.5%) presentaron deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 83 (22.2%) adultos mayores con enfermedad vascular cerebral, 27(7.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 50 (13.3%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 4 (1.0%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y 2 (0.5%) presentaron deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 39 (10.4%) adultos mayores con enfermedad del corazón, 12 (3.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 25 (6.6%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 1 (0.2%) presento deterioro cognoscitivo moderado y 1 (0.2%) presento deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 17 (4.5%) adultos mayores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 6 (1.6%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 9 (2.4%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 2 (0.5%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y no se presentaron casos con deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 8 (2.1%) adultos mayores con otro tipo de comorbilidad, 1(0.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 7(1.8%) presentaron deterioro cognoscitivo leve y no se presentaron casos con deterioro cognoscitivo moderado y grave. (Tabla y grafica No. 22).

En relación a la distribución de los 374 (100%) adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en base al número de medicamentos utilizados fue de la siguiente manera: 6 (1.6%) tomaban de 1 a 2 medicamentos, 186 (49.7%) tomaban de 3 a 6 medicamentos y 182 (48.7%) tomaban más de 6 medicamentos. (Tabla y grafica No. 23)

Respecto a lo anterior, la distribución de los adultos mayores con hipertensión arterial de acuerdo al número de medicamentos y presencia o no de deterioro cognoscitivo fue la siguiente: De los 6 (1.6%) adultos mayores con toma de 1 a 2 medicamentos, 6 (1.6%) no presento deterioro cognoscitivo leve, 2 (0.5%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y 1 (0.2%) presentó deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 186 (49.7%) adultos mayores que tomaban de 3 a 6 medicamentos, 43 (11.4%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 112 (29.9%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 25 (6.6%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y 1 (0.2%) presento deterioro cognoscitivo grave. En relación a los 182 (48.7%) adultos mayores que tomaban más de 6 medicamentos, 57(15.2%) no presentaron deterioro cognoscitivo, 113 (30.2%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 9 (2.4%) presentaron deterioro cognoscitivo moderado y 3 (0.8%) presentaron deterioro cognoscitivo grave. (Tabla y grafica No. 24).

TABLAS Y GRAFICA

TABLA 1

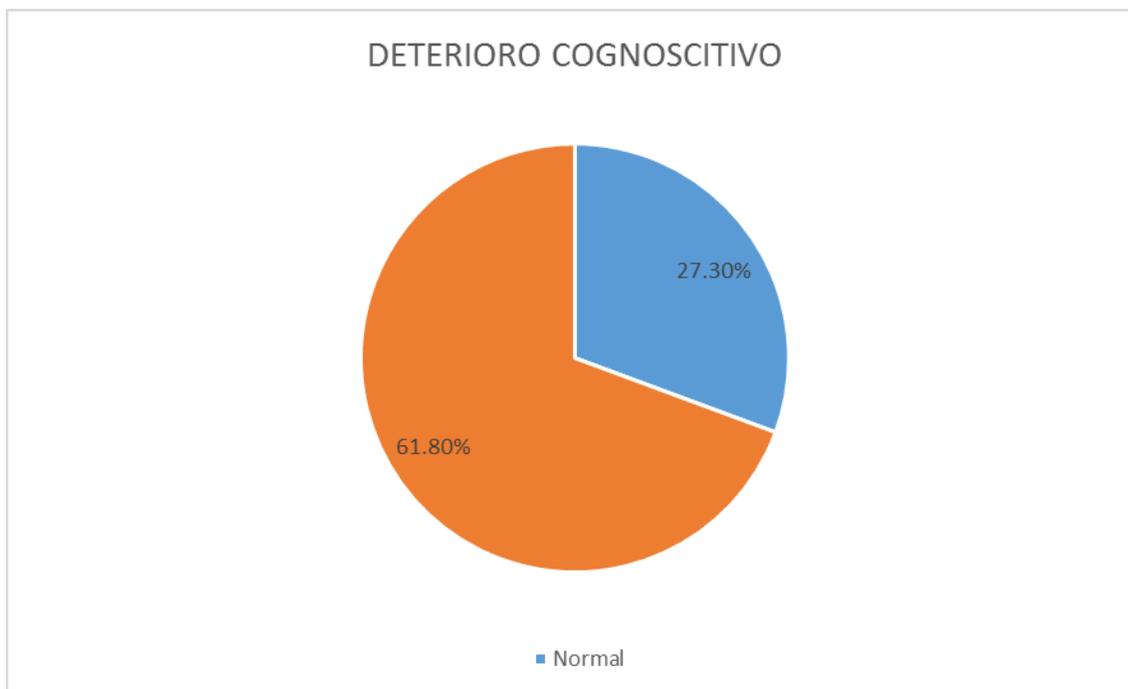
FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

	Frecuencia	Porcentaje
Sin deterioro Cognoscitivo	102	27.30%
Con deterioro cognoscitivo	272	72.70%
Total	374	100%

Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

GRAFICA 1

FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA



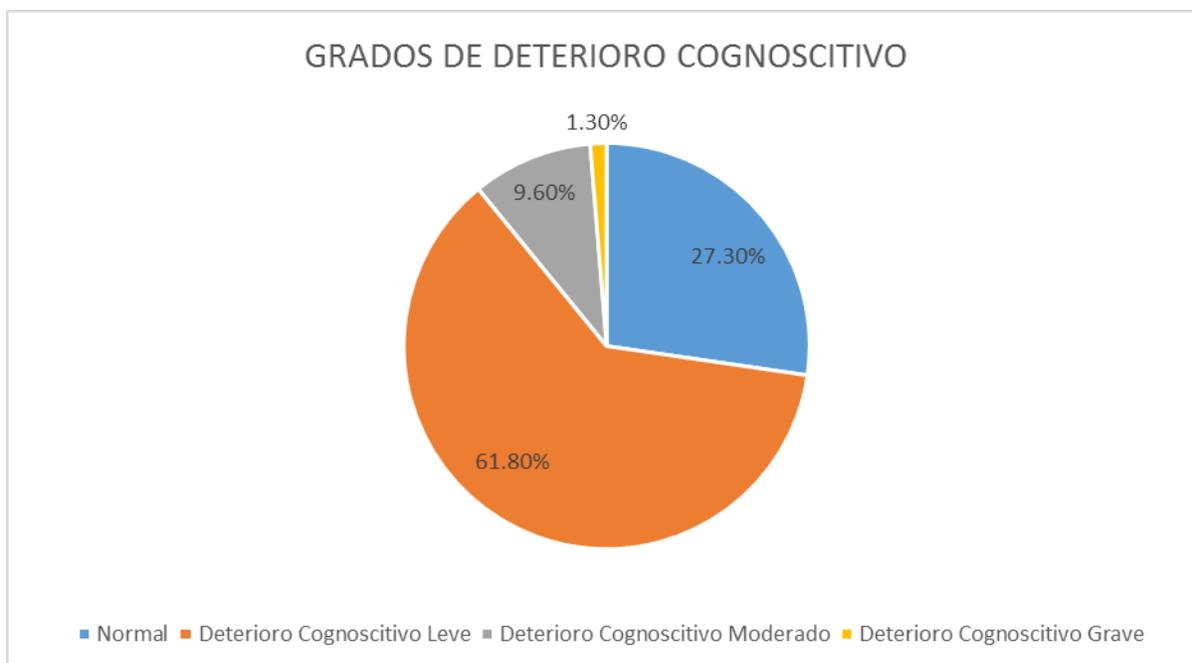
Fuente: Cuestionario Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

TABLA 2
GRADOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA

Grado de Deterioro Cognoscitivo	Frecuencia	Porcentaje
Normal	102	27.30%
Deterioro Cognoscitivo Leve	231	61.80%
Deterioro Cognoscitivo Moderado	36	9.60%
Deterioro Cognoscitivo Grave	5	1.30%
Total	374	100%

Fuente: Cuestionario Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 2
GRADOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA



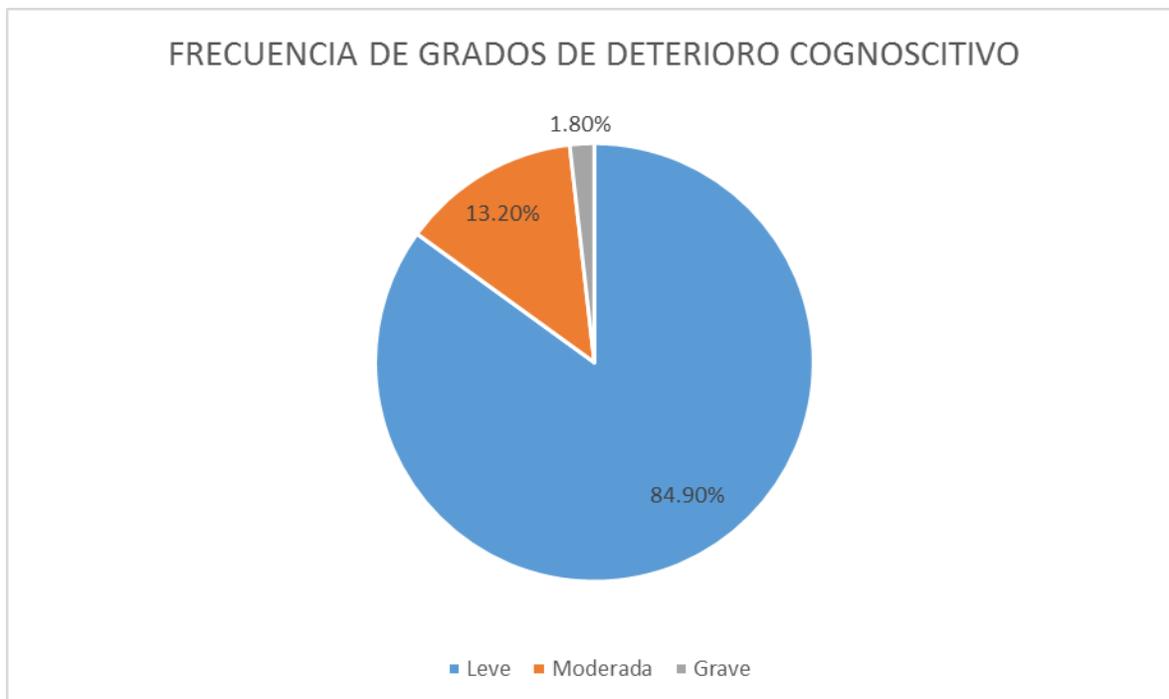
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 3
FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO LEVE, MODERADO Y GRAVE EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA

Deterioro Cognoscitivo	Frecuencia	Porcentaje
Leve	231	84.90%
Moderada	36	13.20%
Grave	5	1.80%
Total	272	100%

Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

GRAFICA 3
FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO LEVE, MODERADO Y GRAVE EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA



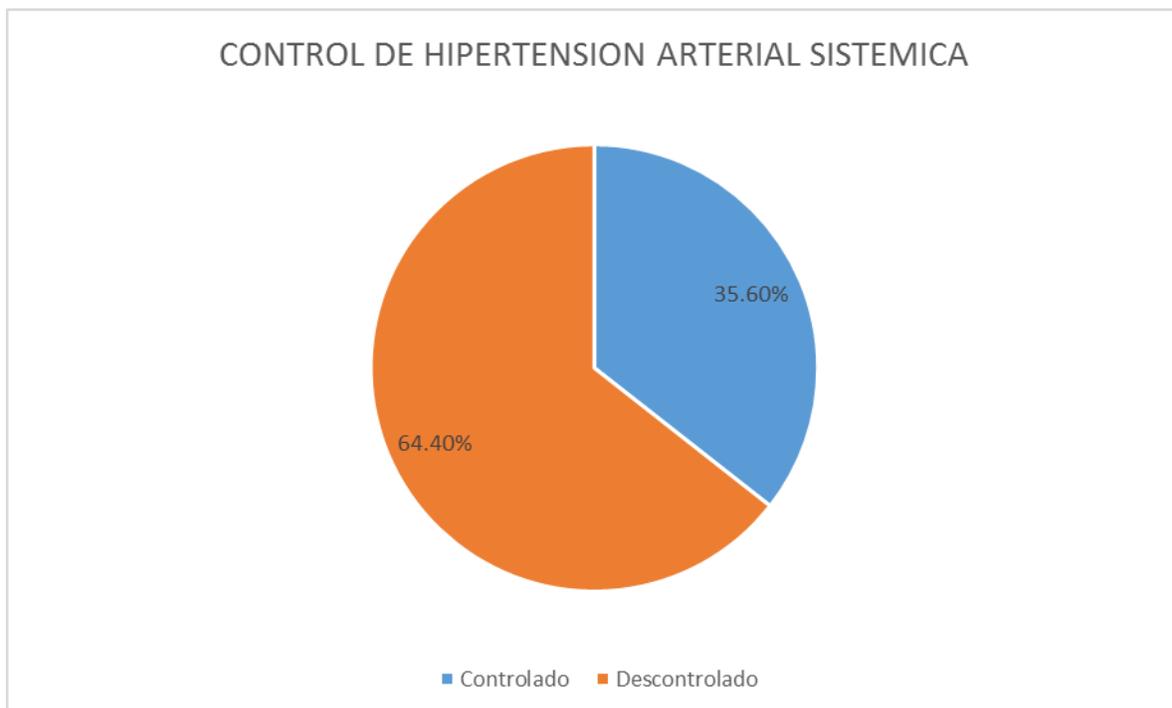
Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

TABLA 4
CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN ADULTOS
MAYORES EN
RELACION A DETERIORO COGNOSCITIVO.

Control de hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Controlado	133	35.60%
Descontrolado	241	64.40%
Total	374	100%

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 4
CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN ADULTOS
MAYORES EN RELACION A DETERIORO COGNOSCITIVO



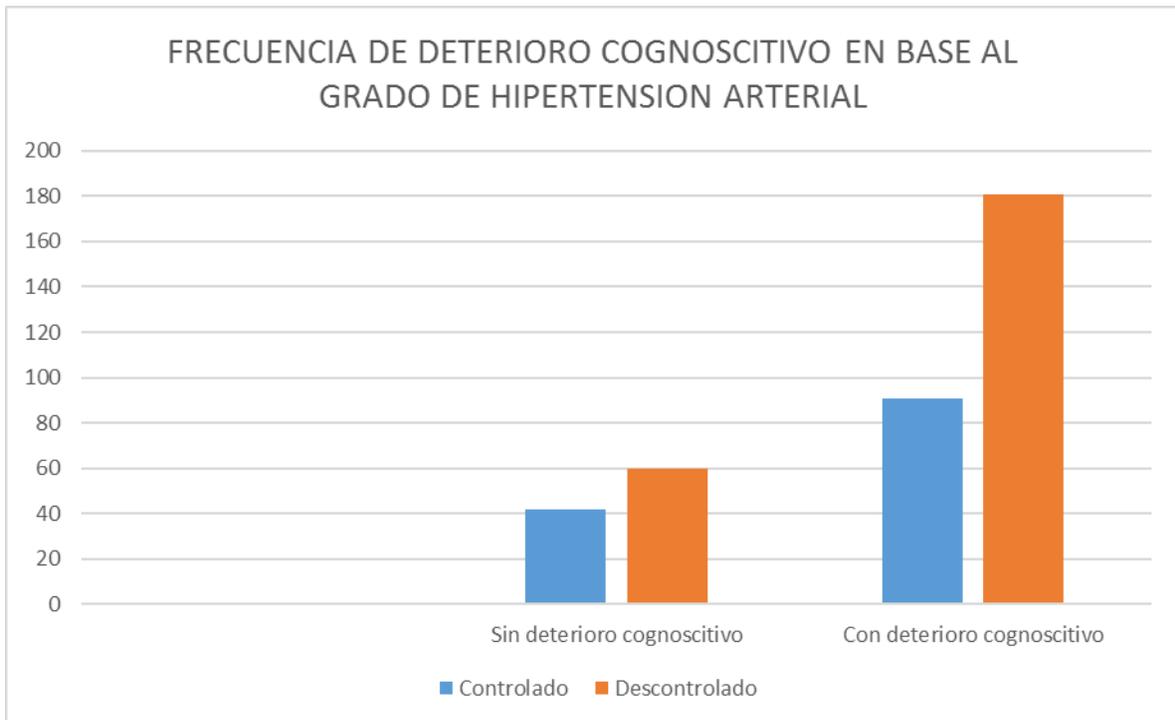
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 5
FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES EN
BASE AL GRADO DE HIPERTENSION ARTERIAL.

	Controlado		Descontrolado		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin deterioro cognoscitivo	42	42.80%	60	61.20%	102	27.20%
Con deterioro cognoscitivo	91	24.30%	181	48.30%	272	72.60%
Total	133	35.50%	241	27.20%	374	100%

Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

GRAFICA 5
FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES EN
BASE AL GRADO DE HIPERTENSION ARTERIAL.



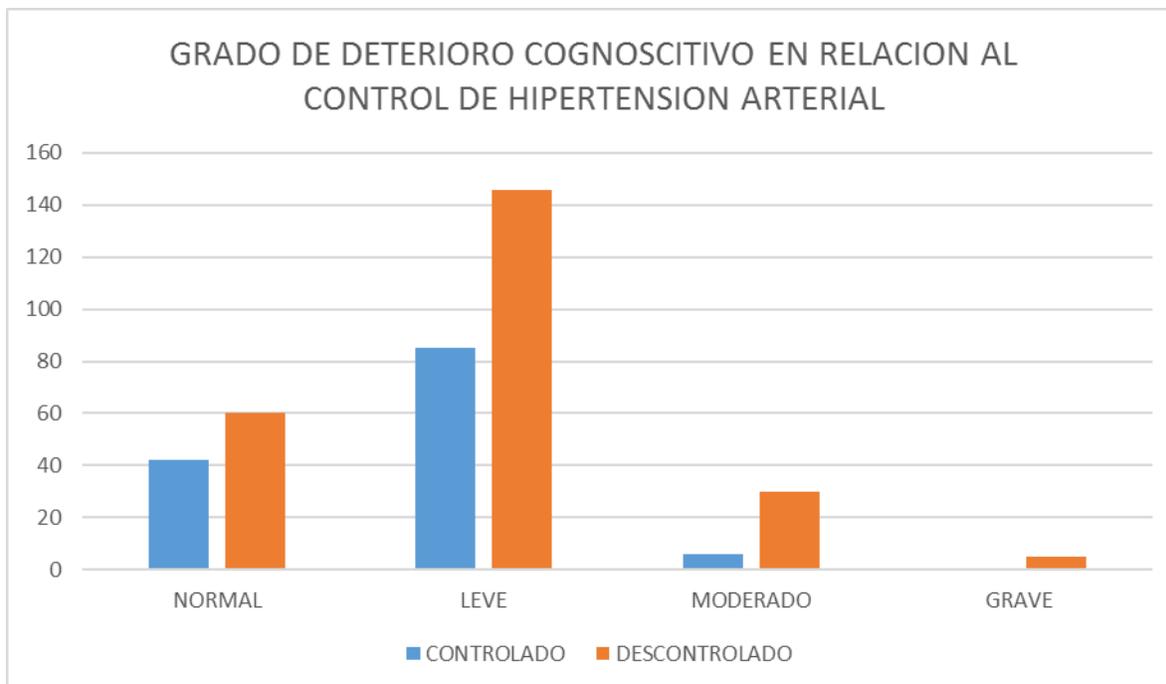
Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

TABLA 6
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN RELACION AL CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES.

	Controlado		Descontrolado		TOTAL
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
NORMAL	42	11.20%	60	16.00%	102
LEVE	85	22.70%	146	39%	231
MODERADO	6	1.60%	30	8.00%	36
GRAVE	0	0	5	1.30%	5
TOTAL	133	35.50%	241	64.30%	374

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 6
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN RELACION AL CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES.



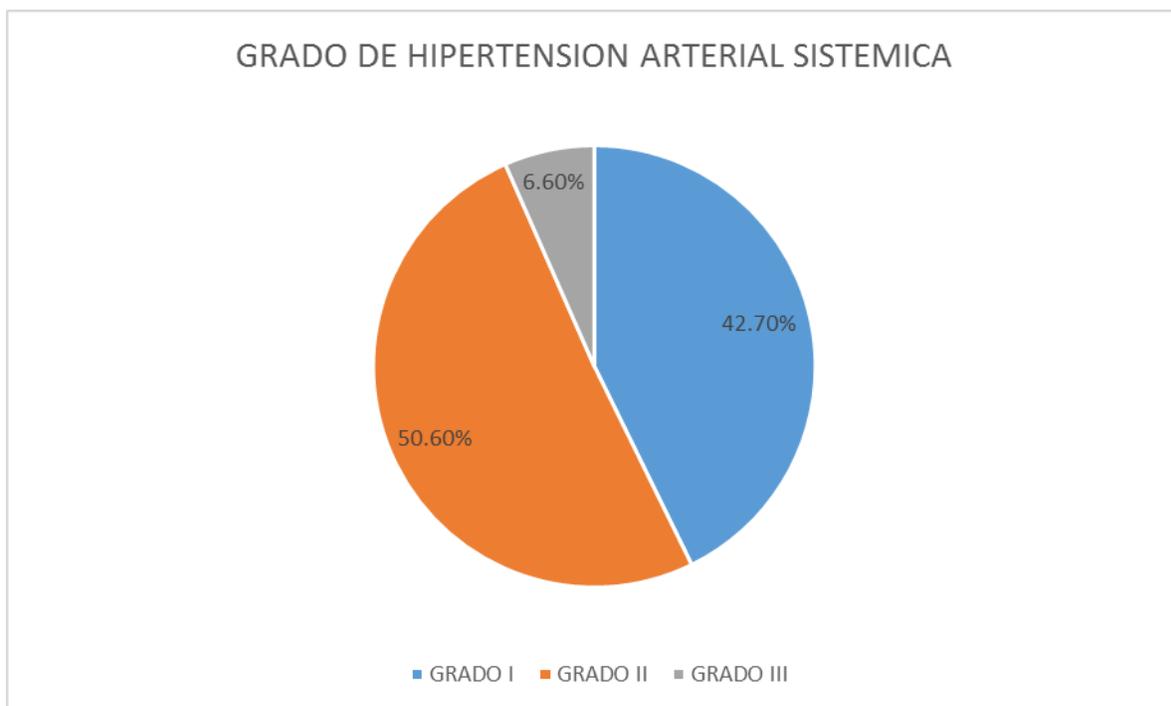
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 7
DISTRIBUCION DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES
EN BASE AL GRADO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.

GRADO DE HIPERTENSION ARTERIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grado I	103	42.70%
Grado II	122	50.60%
Grado III	16	6.60%
Total	241	100%

Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

GRAFICA 7
DISTRIBUCION DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES
EN BASE AL GRADO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.



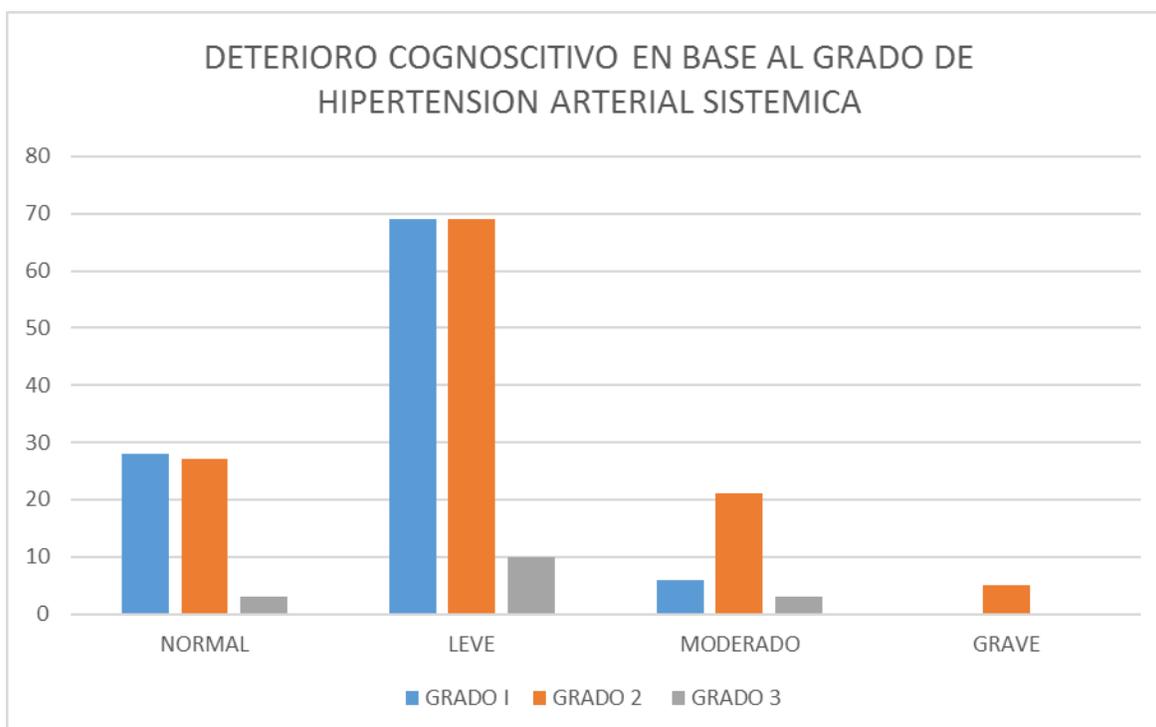
Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

TABLA 8
FRECUENCIA DE GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN RELACION
AL GRADO DE HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES.

Grado de deterioro cognoscitivo	GRADO 1		GRADO 2		GRADO 3		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Normal	28	11.60%	27	11.20%	3	1.20%	58
Leve	69	28.60%	69	28.60%	10	4.10%	148
Moderado	6	2.40%	21	8.70%	3	1.20%	30
Grave	0	0	5	2.00%	0	0	5
Total	103	42.60%	122	50.50%	16	6.50%	241

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 8
FRECUENCIA DE GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN RELACION
AL GRADO DE HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES.



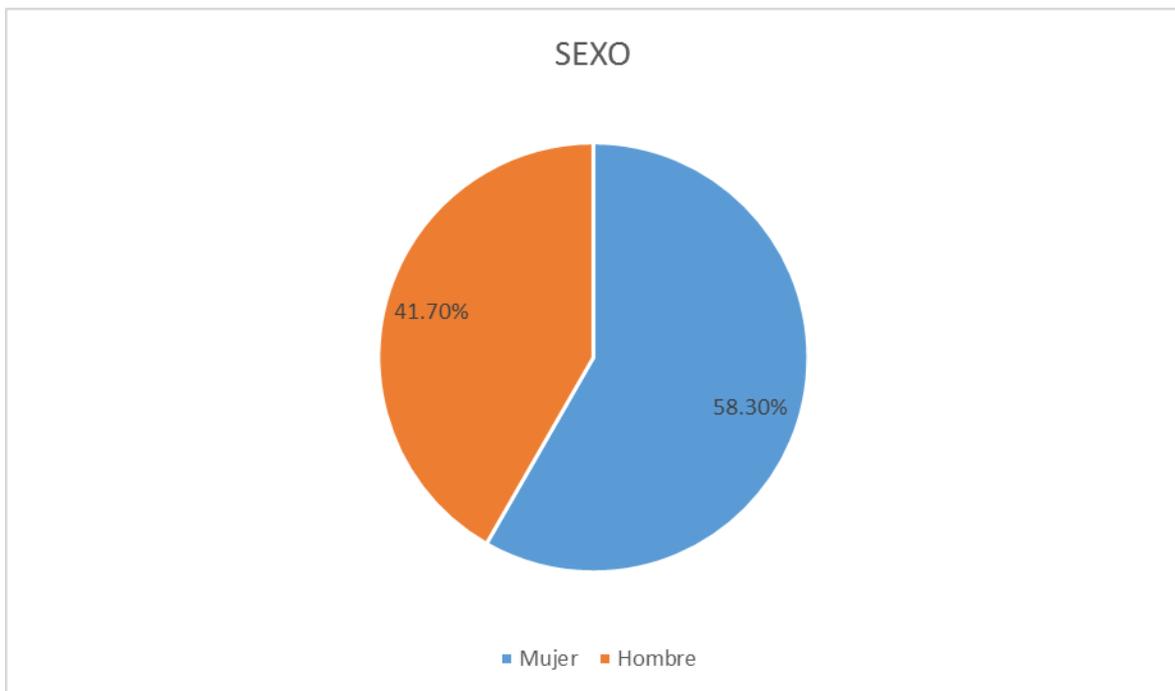
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 9
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN BASE A SU SEXO

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	218	58.30%
Hombre	156	41.70%
Total	374	100%

Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

GRAFICA 9
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN BASE A SU SEXO



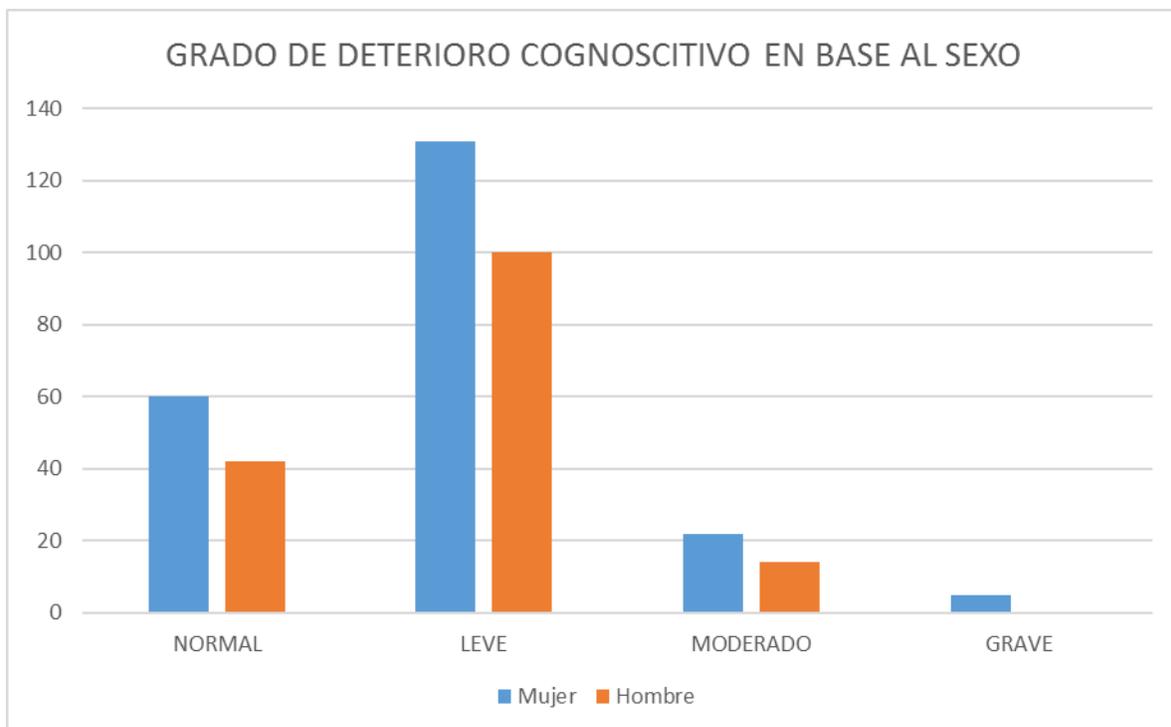
Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

TABLA 10
FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES
CON HIPERTENSION ARTERIAL EN BASE A SU SEXO

GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO	Mujer		Hombre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	60	16.00%	42	11.20%
Leve	131	35.00%	100	26.70%
Moderado	22	5.80%	14	3.74%
Grave	5	1.30%	0	0
Total	218	58.10%	156	41.64%

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 10
FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES
CON HIPERTENSION ARTERIAL EN BASE A SU SEXO



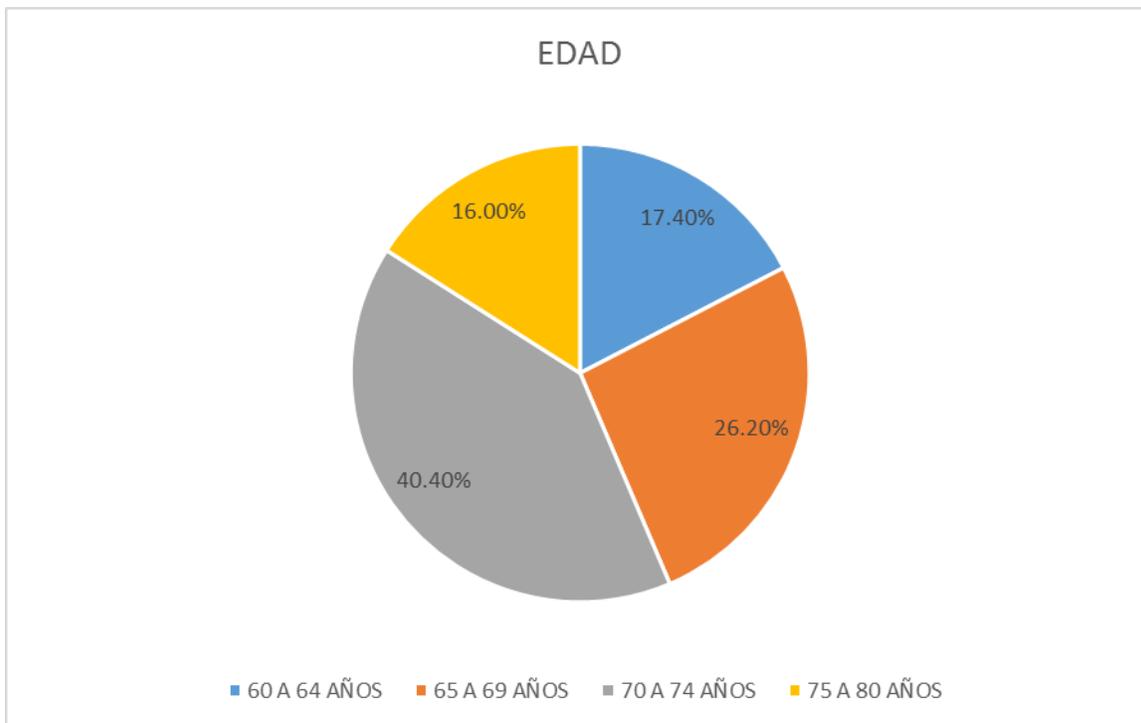
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 11
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNOSCITIVO
DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60 a 64 años	65	17.40%
65 a 69 años	98	26.20%
70 a 74 años	151	40.40%
75 a 80 años	60	16.00%
Total	374	100%

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 11
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNOSCITIVO
DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD



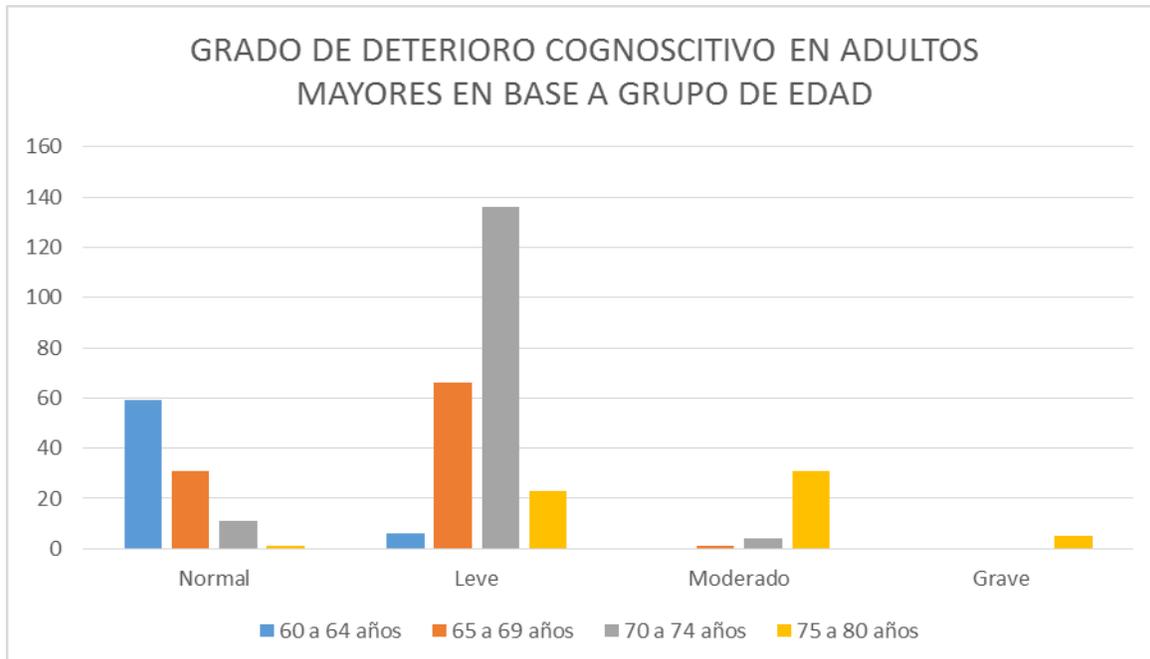
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 12
GRADOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL EN BASE A GRUPO DE EDAD

	Normal		Leve		Moderado		Grave		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
60 a 64 años	59	15.70%	6	1.60%	0	0	0	0	65(17.3%)
65 a 69 años	31	8.20%	66	17.60%	1	0.20%	0	0	98(26.2%)
70 a 74 años	11	2.90%	136	36.30%	4	1.00%	0	0	151(40.3%)
75 a 80 años	1	0.20%	23	6.10%	31	8.20%	5	1.30%	60(16.0%)
Total	102	26.40%	231	61.60%	36	9.40%	5	1.30%	374

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICO 12
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL EN BASE A GRUPO DE EDAD



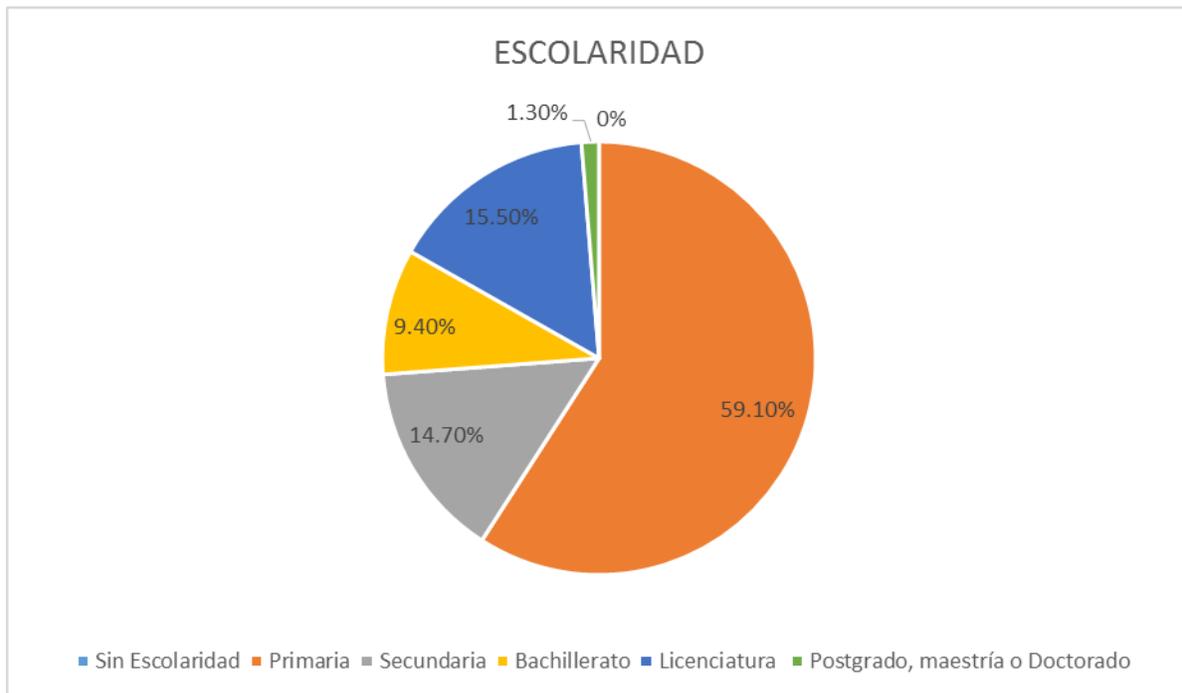
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 13
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA DE ACUERDO A ESCOLARIDAD

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	0	0%
Primaria	221	59.10%
Secundaria	55	14.70%
Bachillerato	35	9.40%
Licenciatura	58	15.50%
Postgrado, maestría o Doctorado	5	1.30%
Total	374	100%

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICO 13
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA DE ACUERDO A ESCOLARIDAD



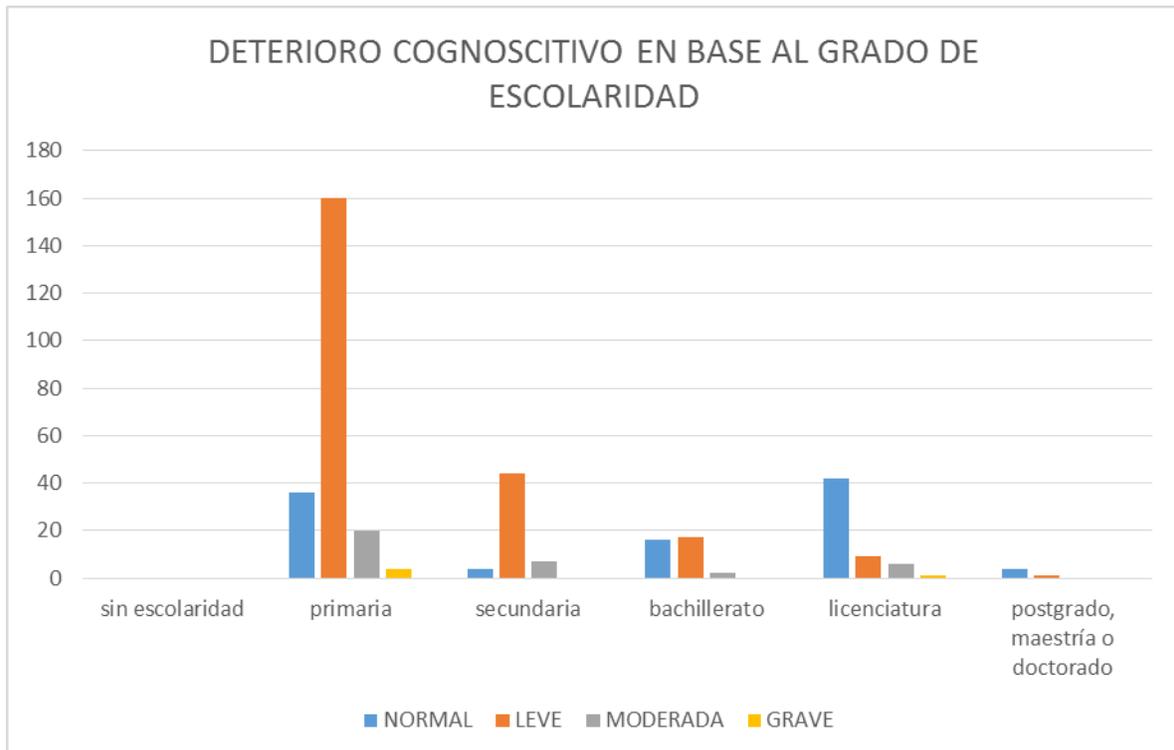
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 14
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN BASE A ESCOLARIDAD

GRADOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO	NORMAL		LEVE		MODERADO		GRAVE		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Escolaridad									
Sin escolaridad	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primaria	36	9.60%	160	42.70%	20	5.60%	4	1.00%	221(59%)
Secundaria	4	1.00%	44	11.70%	7	1.80%	0	0	55(14.7%)
Bachillerato	16	4.20%	17	4.50%	2	0.50%	0	0	35(9.3%)
Licenciatura	42	11.20%	9	2.40%	6	1.60%	1	0.20%	58(15.5%)
Postgrado, maestría o doctorado	4	1.00%	1	0.20%	0	0	0	0	5(1.3%)
Total	102	27.20%	231	61.70%	36	9.60%	5	1.30%	374(100%)

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 14
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTRIAL EN BASE A ESCOLARIDAD



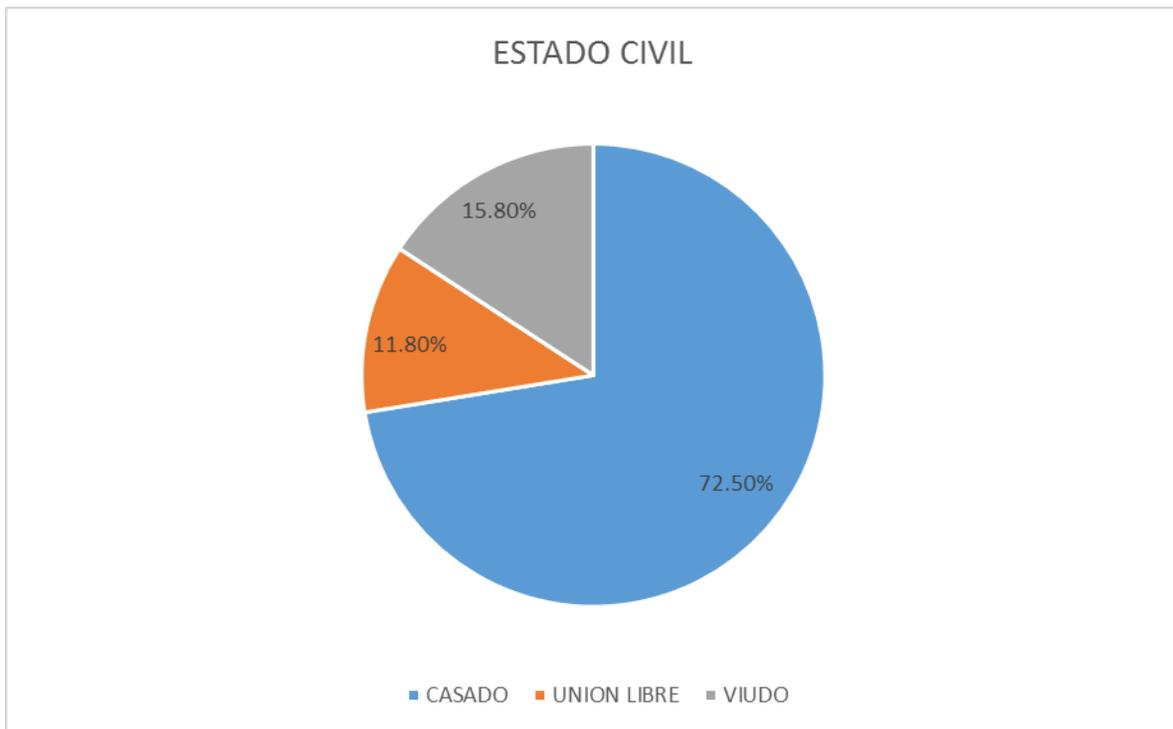
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 15
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL
SISTEMICA DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL		
	Frecuencia	Porcentaje
Casado	271	72.50%
Unión libre	44	11.80%
Viudo	59	15.80%
Total	374	100%

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 15
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL
SISTEMICA DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL



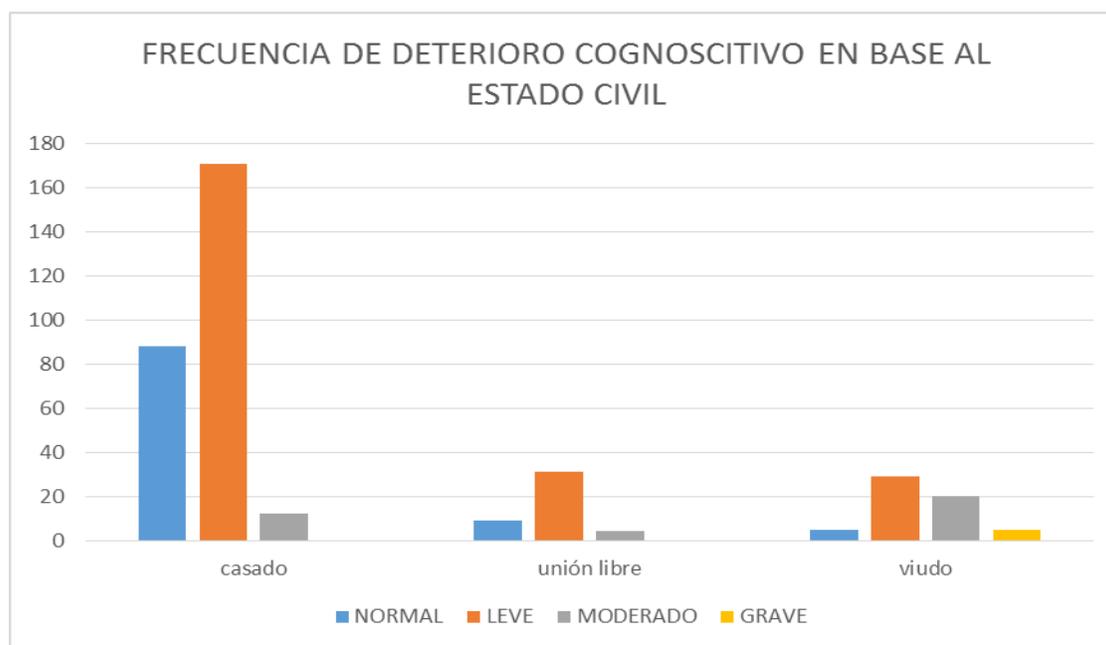
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 16
FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES
CON HIPERTENSION ARTERIAL EN RELACION AL ESTADO CIVIL

DETERIORO COGNOSCITIVO	NORMAL		LEVE		MODERADO		GRAVE		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Casado	88	23.50%	171	45.70%	12	3.20%	0	0	271(72.4%)
Unión libre	9	2.40%	31	8.20%	4	1.00%	0	0	44(11.7%)
Viudo	5	1.30%	29	7.70%	20	5.30%	5	1.30%	59(15.7%)
Total	102	27.20%	231	61.70%	36	9.60%	5	1.30%	374 (100%)

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 16
FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES
CON HIPERTENSION ARTERIAL EN RELACION AL ESTADO CIVIL.



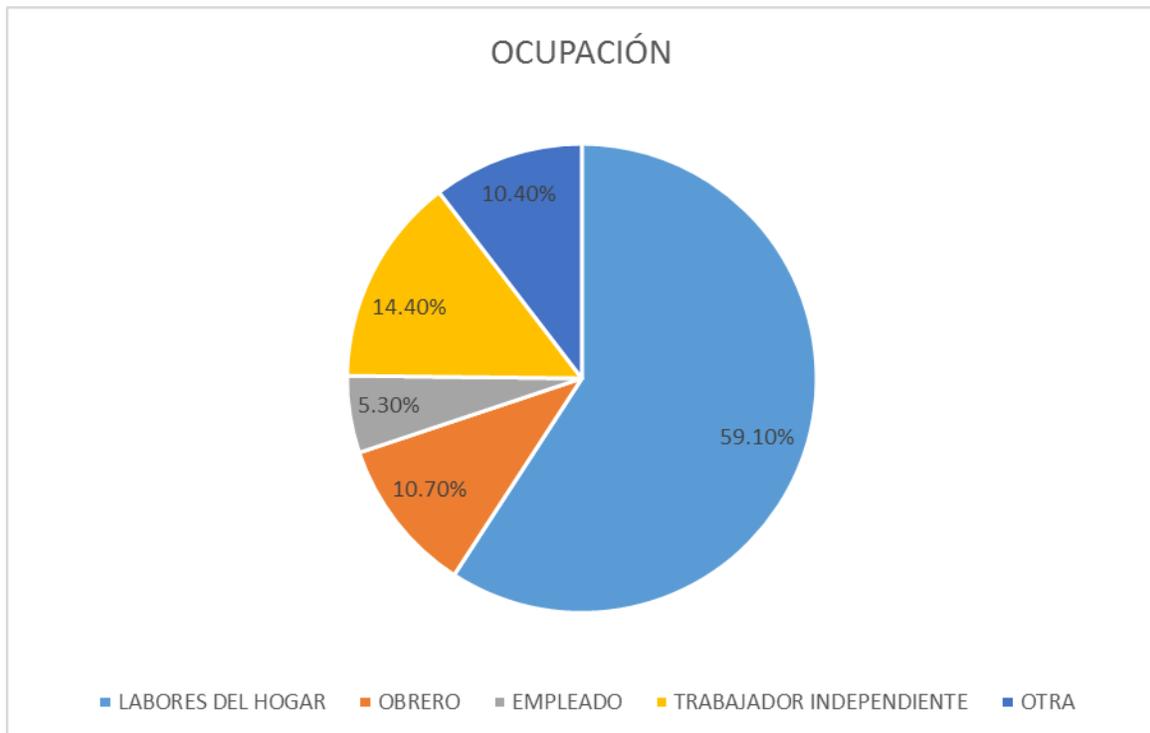
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 17
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN RELACION A LA OCUPACION

Columna1	OCUPACION	Columna2
	Frecuencia	Porcentaje
Labores del hogar	221	59.10%
Obrero	40	10.70%
Empleado	20	5.30%
Trabajador independiente	54	14.40%
Otra	39	10.40%
Total	374	100%

Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

GRAFICA 17
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN RELACION A LA OCUPACION



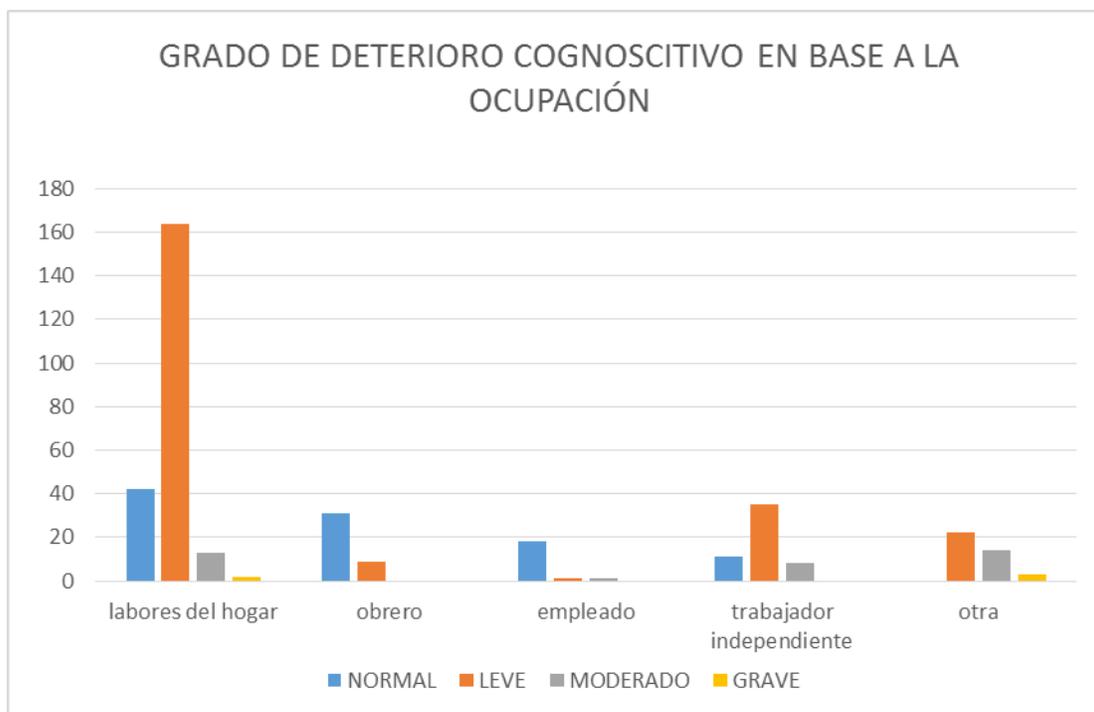
Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

TABLA 18
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN BASE A LA OCUPACION.

GRADOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO	NORMAL		LEVE		MODERADO		GRAVE		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Labores del hogar	42	11.20%	164	43.80%	13	3.40%	2	0.50%	221(59.0%)
Obrero	31	8.20%	9	2.40%	0	0	0	0	40(10.6%)
Empleado	18	4,8%	1	0.20%	1	0.20%	0	0	20(5.3%)
Trabajador independiente	11	2.90%	35	9.30%	8	2.10%	0	0	54(14.4%)
Otra	0	0	22	5.80%	14	3.70%	3	0.80%	39(10.4%)
Total	102	27.20%	231	61.70%	36.	9.60%	5	1.30%	374 (100%)

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 18
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN BASE A LA OCUPACION.



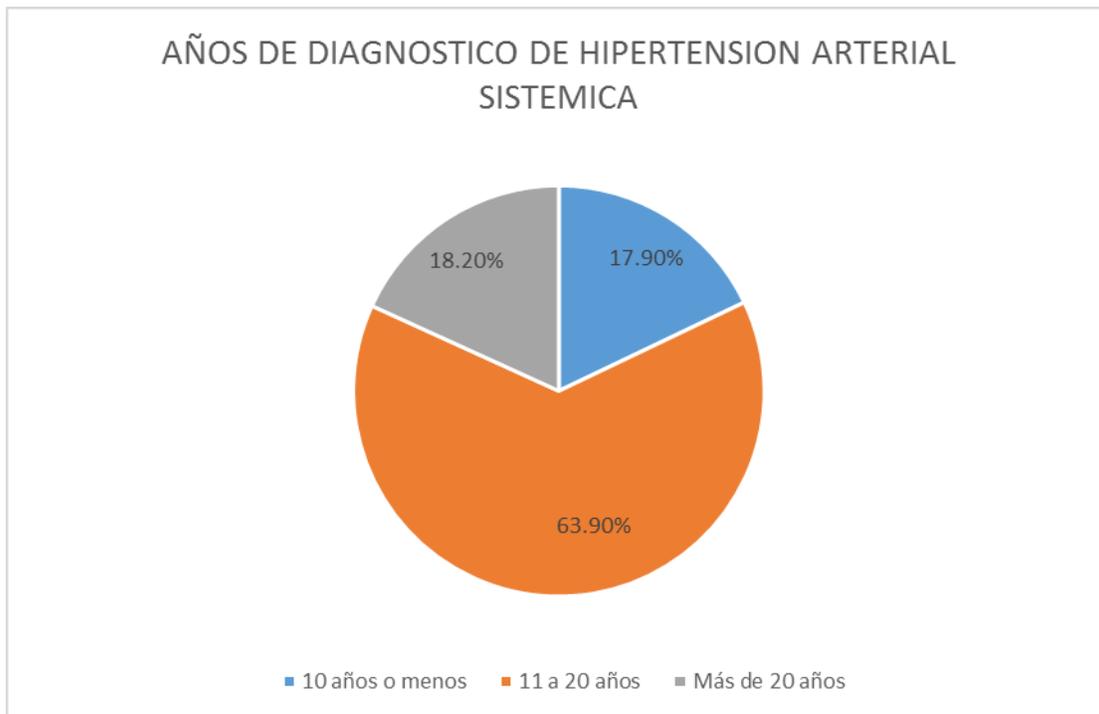
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 19
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNOSCITIVO
EN RELACION A LOS AÑOS DE DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION
ARTERIAL SISTEMICA

AÑOS DE HIPERTENSION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 años o menos	67	17.90%
11 a 20 años	239	63.90%
Más de 20 años	68	18.20%
Total	374	100%

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 19
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNOSCITIVO
EN RELACION A LOS AÑOS DE DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION
ARTERIAL SISTEMICA



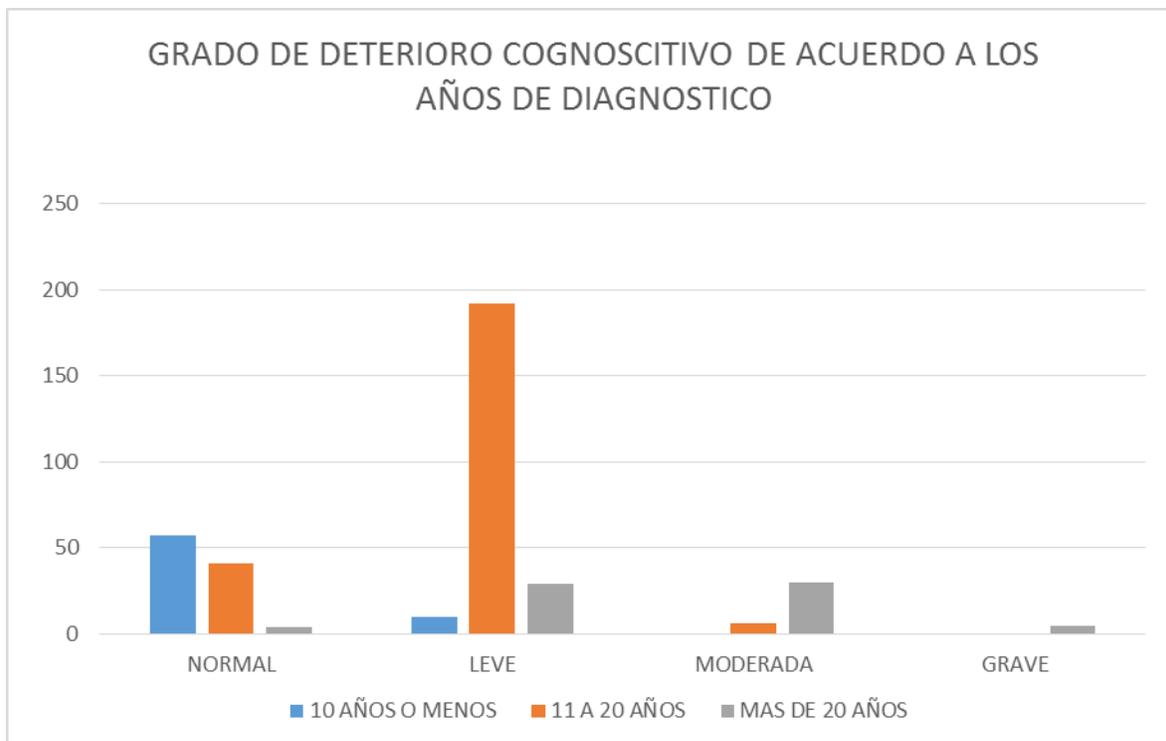
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 20
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO DE ACUERDO A LOS AÑOS DE
DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN ADULTOS
MAYORES.

AÑOS DE HIPERTENSION	NORMAL		LEVE		MODERADA		GRAVE		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
10 años o menos	57	15.20%	10	2.60%	0	0	0	0	67(17.9%)
11 a 20 años	41	10.90%	192	51.30%	6	1.60%	0	0	239(63.9%)
Más de 20 años	4	1.00%	29	7.70%	30	8.00%	5	1.30%	68(18.1%)
Total	102	27.20%	231	61.70%	36	9.60%	5	1.30%	374(100%)

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 20
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO DE ACUERDO A LOS AÑOS DE
DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN ADULTOS
MAYORES



Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 21

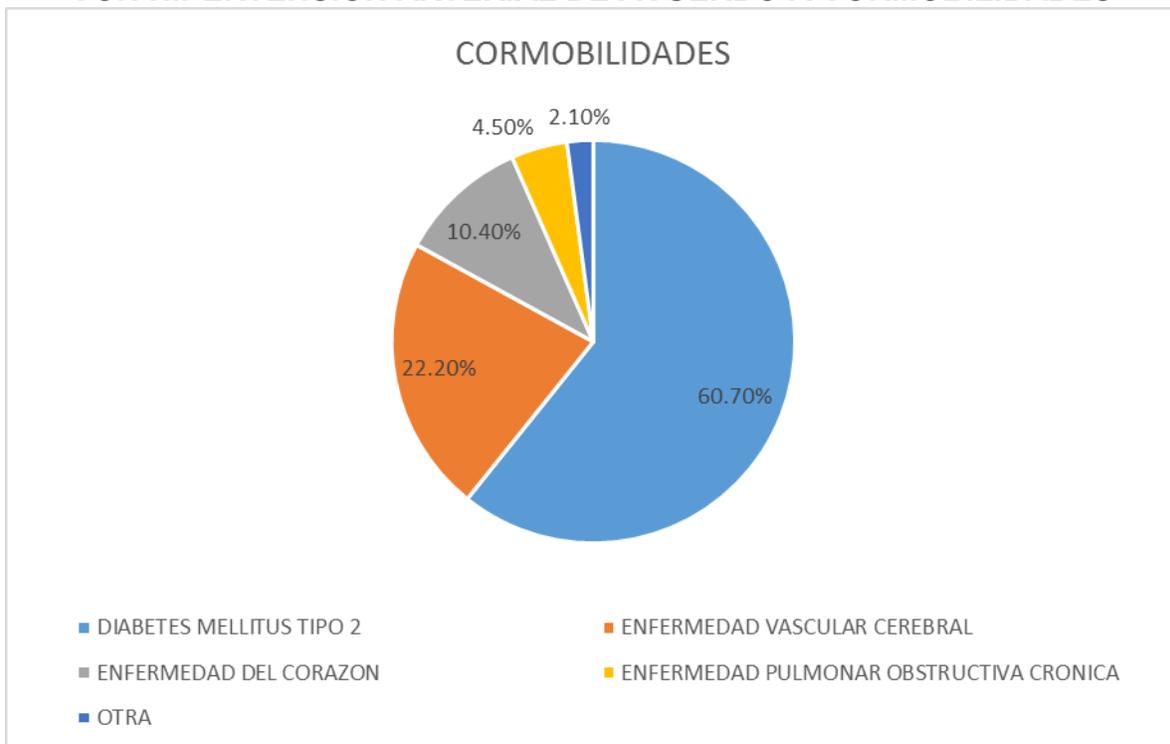
FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DE ACUERDO A CORMOBILIDADES

CORMOBILIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diabetes mellitus tipo 2	227	60.70%
Enfermedad vascular cerebral	83	22.20%
Enfermedad del corazón	39	10.40%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	17	4.50%
Otra	8	2.10%
Total	374	100%

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICA 21

FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DE ACUERDO A CORMOBILIDADES



Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

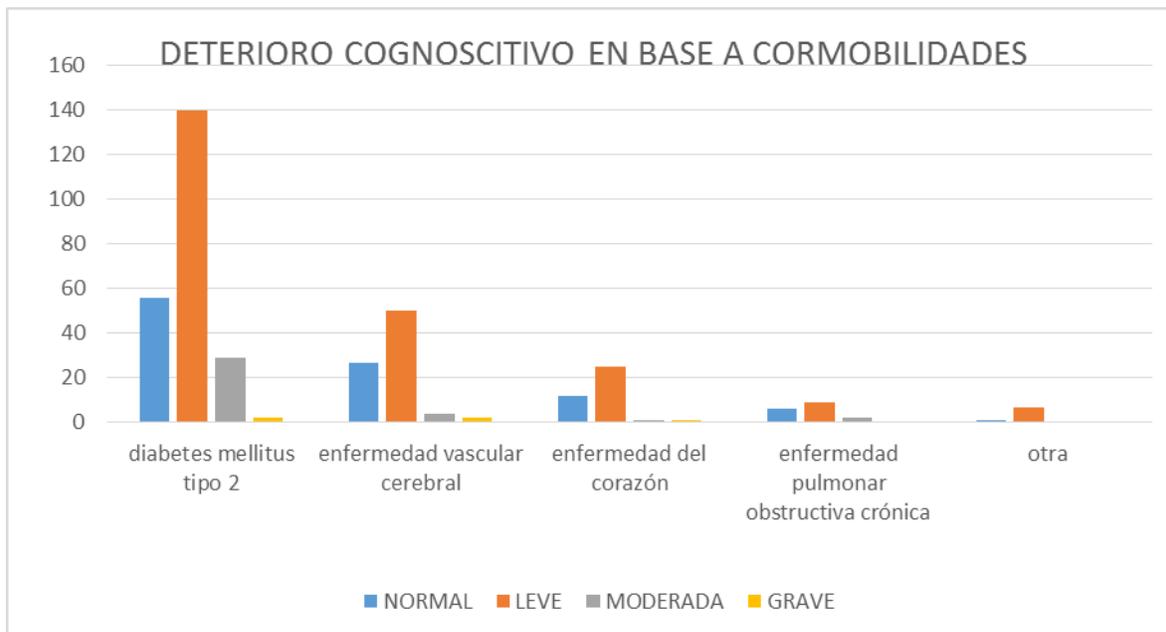
TABLA 22
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN BASE A CORMOBOLIDADES.

GRADOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO	NORMAL		LEVE		MODERADA		GRAVE		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Diabetes mellitus tipo 2	56	14.90%	140	37.40%	29	7.70%	2	0.50%	227(60.6)
Enfermedad vascular cerebral	27	7.20%	50	13.30%	4	1.00%	2	0.50%	83(22.1%)
Enfermedad del corazón	12	3.20%	25	6.60%	1	0.20%	1	0.20%	39(10.4%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6	1.60%	9	2.40%	2	0.50%	0	0	17(4.5%)
Otra	1	0.20%	7	1.80%	0	0	0	0	8(2.1%)
Total	102	27.20%	231	61.70%	36	9.60%	5	1.30%	374 (100%)

Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

GRAFICO 22

GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTO MAYOR CON HIPERTENSION ARTERIAL EN BASE A CORMOBOLIDADES



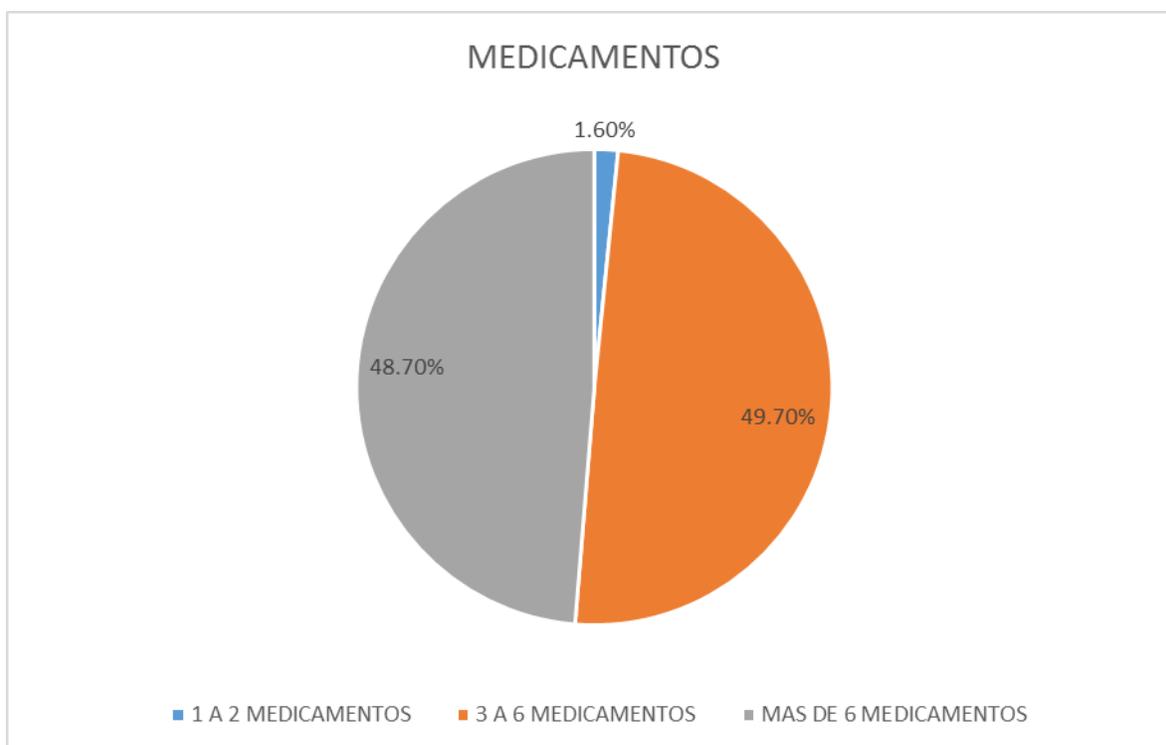
Fuente: Cuestionario “Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 “El rosario”

TABLA 23
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN RELACION AL NUMERO DE MEDICAMENTOS

NUMERO DE MEDICAMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2 medicamentos	6	1.60%
3 a 6 medicamentos	186	49.70%
Más de 6 medicamentos	182	48.70%
Total	374	100%

Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

GRAFICA 23
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN RELACION AL NÚMERO DE MEDICAMENTOS



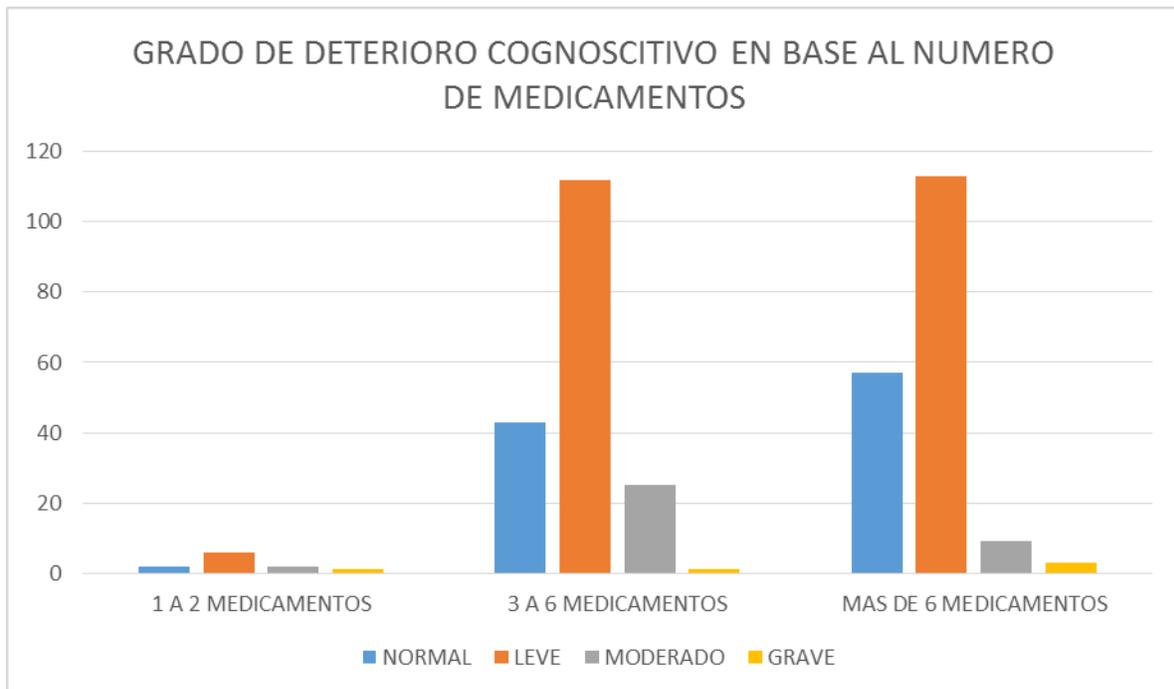
Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

TABLA 24
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN BASE A NUMERO DE
MEDICAMENTOS

Deterioro Cognoscitivo	NORMAL	Columna2	LEVE	Columna3	MODERADO	Columna4	GRAVE	Columna5	TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
1 a 2 medicamentos	2	(0.5%)	6	(1.6%)	2	(0.5%)	1	(0.2%)	11(2.9%)
3 a 6 medicamentos	43	(11.4%)	112	(29.9%)	25	(6.6%)	1	(0.2%)	181(48.3%)
Más de 6 medicamentos	57	(15.2%)	113	(30.2%)	9	(2.4%)	3	(0.8%)	182(48.6%)
Total	102	(27.2%)	231	(61.7%)	36	(9.6%)	5	(1.3%)	374(100%)

Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

GRAFICO 24
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL EN BASE A NUMERO DE MEDICAMENTOS



Fuente: Cuestionario "Frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial en la UMF No. 33 "El rosario"

DISCUSIÓN

En el presente estudio se identificó la frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, utilizando un cuestionario diseñado exprofeso para este fin, lo cual al confrontarlo con otras investigaciones nos permitió realizar las siguientes observaciones:

La frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica de la unidad de Medicina Familiar No.33 que se observó fue de 272 (72.7%) adultos mayores, lo cual concuerda con la Encuesta de Salud y Envejecimiento de Latinoamérica (SABE, 2001), la cual revela que 11% de la población mayor de 60 años padece de algún grado de deterioro cognoscitivo. En este sentido, debemos tomar en cuenta que si bien no es un padecimiento que afecte a la mayor parte de la población de adultos mayores con Hipertensión arterial sistémica de la unidad, si es un padecimiento que está subdiagnosticado, ya que no se cuenta con registro de este en la unidad, y debemos tomar en cuenta que el deterioro cognoscitivo puede influir en la evolución a demencia o bien favorecer la presencia de complicaciones en otros padecimientos.

En cuanto al grado de deterioro cognoscitivo, el que más se detectó dentro de este grupo fue el leve (39%). Estudios realizados en Latinoamérica sobre esta entidad plantean que el deterioro cognoscitivo leve supone un riesgo de presentar demencia en aproximadamente un 12% de la población por año. De acuerdo a lo anterior, es importante implementar medidas de prevención dentro del primer nivel de atención para detectar y en su caso prevenir el deterioro cognoscitivo.

Con respecto al deterioro cognoscitivo grave, se identificó una frecuencia de 5 (1.3%) adultos mayores con hipertensión arterial, porcentaje menor en comparación con lo reportado en el estudio de Euroderm Consortium donde se identificó que el 5% de la población de adultos mayores de 65 años de edad presenta deterioro cognoscitivo grave, lo cual se eleva a un 20% en adultos mayores de 80 años. Nos llama la atención la marcada diferencia entre el porcentaje de deterioro cognoscitivo grave en este estudio y lo identificado en la literatura, lo cual, podría estar relacionado con el menor número de pacientes mayores de 80 años que participaron en este estudio, ya sea porque no les es posible acudir a la unidad, o bien, porque están finados. De acuerdo a esto, se deben implementar estrategias que retrasen en la medida la evolución del deterioro cognoscitivo leve a grave.

Con respecto al control hipertensivo, se encontró que el deterioro cognoscitivo es más frecuente en adultos mayores con hipertensión arterial descontrolada (64.4%), hecho que concuerda con lo descrito por la SABE, 2001, la cual refiere que al presentarse mayor descontrol en las cifras tensionales se incrementa el

riesgo de presentar deterioro cognitivo en alguno de sus grados. De acuerdo a esto es importante establecer medidas que favorezcan el control de la hipertensión arterial como medida de prevención del deterioro cognitivo.

En relación al grado de hipertensión arterial, se observó que el deterioro cognoscitivo era más frecuente en adultos mayores con hipertensión grado 2 (50.6%), esto concuerda con la guía Europea de hipertensión, la cual menciona que el deterioro cognoscitivo es más frecuente en adultos mayores con estadio grado 2. De acuerdo a esto, es importante estadificar de forma mensual a los adultos mayores que acuden a control de hipertensión arterial.

En relación a los factores sociodemográficos, el deterioro cognoscitivo se presentó con mayor frecuencia en mujeres (58.3%). Lo que concuerda con lo reportado en SABE, 2001, donde menciona que el deterioro cognoscitivo en adultos mayores es más frecuente en mujeres. Este hecho está relacionado con que las mujeres son las que acuden con mayor frecuencia a consulta. Se deben de establecer estrategias para que acudan a consulta los hombres y así realizar una detección oportuna del deterioro cognitivo.

Con respecto al estado civil, el deterioro cognoscitivo fue más frecuente en casados (72.5%) en comparación con los viudos (15.8%) y quienes viven en unión libre (11.8%). Cabe mencionar, que el grado de deterioro cognoscitivo más frecuente en adultos mayores casados fue el leve (45.7%). Este resultado, no concuerda con los datos estimados por la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) del año 2000, la cual reporta que el deterioro cognoscitivo es más frecuente en adultos mayores viudos. Este dato, resulta de suma importancia, ya que desconocemos cuales son las razones por las cuales los adultos mayores casados presentan con mayor frecuencia deterioro cognoscitivo, lo cual podría servir como punto partida para nuevas investigaciones.

En lo que se refiere al grupo de edad, se identificó que el deterioro cognoscitivo es más frecuente en adultos mayores de 70 a 74 años de edad (40.4%). Respecto a esto, en México la prevalencia general de deterioro cognitivo se detecta a partir de los 65 años encontrándose alrededor del 8% (ENASEM 2007). Cabe mencionar que nuestro grupo de estudio fueron adultos mayores que presentaban al menos una comorbilidad, que es la hipertensión arterial, lo cual pudo haber sido una razón para obtener una frecuencia mayor, sin embargo, no se descarta la importancia de realizar una detección oportuna por medio de instrumentos como el mini mental de Folstein recomendado en la Guía de práctica clínica sobre todo en grupos de riesgo como son los adultos mayores con hipertensión arterial.

En relación a la ocupación, se identificó que deterioro cognoscitivo es más frecuente en adultos mayores que se dedican a realizar actividades en el hogar (59.1%), siendo el grado de deterioro cognoscitivo más frecuente, el leve

(43.8%)., aspecto que concuerda con lo reportado en el estudio ECODERM, quienes mencionan que el deterioro cognoscitivo es más frecuente en adultos mayores que se dedican a realizar actividades del hogar, en contraste con adultos mayores cuya ocupación es ser empleado (53%). De acuerdo a esto, valdría la pena identificar los factores que favorecen la presencia de deterioro cognoscitivo en adultos que se encuentran en el hogar.

Con respecto a la escolaridad, se encontró que el deterioro cognoscitivo es más frecuente en adultos mayores con escolaridad primaria (59.1%), lo que concuerda con ENASEM, la cual reporta que el deterioro cognoscitivo es más frecuente en adultos mayores cuyo nivel de escolaridad es menor. De acuerdo a esto, se debe identificar este grupo de riesgo, a fin de implementar estrategias intervención que fomenten el desarrollo intelectual.

En cuanto a otras comorbilidades, se identificó que el deterioro cognoscitivo es más frecuente en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 (60.6%), siendo el grado más frecuente, el leve (37.40%). Esto concuerda con el estudio por Leibson et al, el cual menciona que el riesgo de desarrollar deterioro cognoscitivo fue más del doble en pacientes con diabetes en comparación con aquellos sin diabetes. De acuerdo a lo anterior, resulta indispensable en primer lugar, establecer medidas de prevención relacionadas con los factores de riesgo de dicha enfermedad. Por otro lado, también es indispensable establecer medidas que favorezcan el adecuado control metabólico en este grupo de pacientes.

Con respecto al uso de medicamentos, se encontró que el deterioro cognoscitivo es más frecuente en aquellos adultos mayores que consumen de 3 a 6 medicamentos (49.7%), siendo el grado más frecuente, el leve (29.9%). Esto concuerda con lo referido por la Guía de práctica clínica de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor, la cual menciona el deterioro cognoscitivo es más frecuente en los adultos mayores que consumen mayor número de medicamentos. Esto se puede justificar, debido al hecho de que a mayor consumo de medicamentos hay una menor adherencia al tratamiento, factor que a su vez contribuye a mayor descontrol hipertensivo.

CONCLUSIONES

De los 374 adultos mayores con hipertensión arterial sistémica que participaron en el estudio, 231 (61.8%) presentaron deterioro cognoscitivo leve, 36 (9.6%) presentaron deterioro moderado y 5 (1.3%) presentaron deterioro cognoscitivo grave.

Este estudio demuestra que el deterioro cognoscitivo es un padecimiento frecuente en adultos mayores con Hipertensión Arterial sistémica (72.7%) presentándose con mayor frecuencia en pacientes descontrolados (64.4%), siendo el deterioro cognoscitivo leve (61.8%) el que más se presenta en adultos mayores.

En relación a los factores sociodemográficos que se presentaron con mayor frecuencia en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica que además cursaban con deterioro cognoscitivo, fueron: mujeres (58.3%), casados (72.5%), edad entre 70 a 74 años (40.4%), ocupación en el hogar (59.1%) y escolaridad primaria (59.1%).

En relación a la hipertensión arterial, el deterioro cognoscitivo fue más frecuente en adultos mayores con descontrol hipertensivo (64.4%), hipertensión arterial grado 2 (50.6%), con 11 a 20 años de diagnóstico (63.9%) y que tomaran de 3 a 6 medicamentos (49.7%).

En cuanto a las comorbilidades asociadas a la hipertensión arterial sistémica, la comorbilidad más frecuente fue Diabetes Mellitus tipo 2 (60.7%), siendo más frecuente el deterioro cognoscitivo leve (37.4%).

De acuerdo a lo anterior, resulta indispensable identificar grupos de riesgo, en este caso, mujeres, casadas que se dedican al hogar, con escolaridad primaria y que además cursan con hipertensión arterial descontrolada, a fin de implementar estrategias de prevención e identificación oportuna de deterioro cognoscitivo, que incluyan el control estricto de las cifras de tensión arterial de acuerdo a los parámetros establecidos para el adulto mayor.

Por otro lado, al identificar las diferencias en las frecuencias con respecto a otros grupos, llama la atención que en nuestra población el deterioro cognoscitivo sea más frecuente en adultos mayores con estado civil casado que se encuentran en el hogar, lo cual podría servir con punto de partida para nuevas investigaciones donde sea posible identificar cuáles son los factores familiares relacionados con el deterioro cognoscitivo en el adulto mayor con hipertensión arterial.

Respecto a la presencia de otras comorbilidades, es un hecho que al igual que la hipertensión arterial, la diabetes tipo 2 es un padecimiento frecuente en adultos mayores, la cual también es considerada un factor de riesgo para deterioro cognoscitivo, por lo que valdría la pena en primer instancia prevenirla y en su caso controlarla o bien, establecer nuevas líneas de investigación que nos permitan realizar intervenciones que tengan impacto en estas comorbilidades que no solo son controlables sino también prevenibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coruja E, Pérez D. Deterioro Cognitivo leve en el anciano. En Tratado de Geriátría para residentes. España. Sociedad española geriatría y gerontología (SEGG). 2007; 169-173.
2. Salinas R, Acosta CI, Sosa A, Prince M. Prevalencia de hipertensión arterial y su asociación con otros problemas de salud. Arch Neurocién (Mex) 2011. Vol. 16, Supl-I: 1-4
3. Rodríguez BL, Sotolongo AO, Luberta NG, Calvo RM. Comportamiento del deterioro cognitivo en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 29(1):64-75.
4. MacGregor JM, Castaño R, Rodríguez RN, Bermúdez FJ. Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales, México: Secretaria de Salud; 2010.
5. Favela EA, García J, Lozano M, Minerva G, Rivera MA. Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención, México: Secretaria de Salud; 2012.
6. Cantú YM, Rivera M, Belio J, Pérez FR. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud, 2011.
7. Gámez CH, Rivera M, Basadla LA, Baca J, Barrón U, Flores AV. Guía de práctica clínica para la valoración geronto-geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio. México: Secretaria de Salud, 2011.
8. Casanova C, Delgado S, Esteves S. El Médico de familia y la depresión del adulto mayor. Revista Biomedicina/Medicina Familiar y Comunitaria: Mexico;2009
9. Pérez MV. El anciano hipertenso y la respuesta adaptativa a la enfermedad. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2010; 26(2) 309-320.
10. Norma Oficial Mexicana. NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección y diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial:http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/hipertension_arterial_sistemica_pdf.

11. Ángel G. López R, Calero MD, González E. Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y atención sostenida. *Rev Neurol* 2013; 56: 1-7.
12. Ángel G. López PD, Jiménez J. La hipertensión arterial como factor de riesgo para el deterioro cognitivo en la vejez. *Rev Neuro* 2011; 33: 19-28.
13. Teodoro S, Yebenes MJ, Sánchez F. Evaluación cognitiva del anciano. Datos normativos de una muestra poblacional española de más de 70 años. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(19):727-40.
14. Fernández N, González H. Factores de riesgo vascular y función cognoscitiva en ancianos institucionalizados y de la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2013; 22(2) 210-222.
15. Kipps CM, Hodges RM. Cognitive Assessment For clinicians. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76(Suppl 1):22–30.
16. Pedelty D, Philip B, Gorelick MD, Management of hypertension and cerebrovascular disease in the elderly. *The American Journal of Medicine*. (2008) 121, S23–S31
17. Shari R, Waldstein P, Giggey F, Thayer AB. Nonlinear relations of blood pressure to cognitive function. *Hypertension*. 2005; 45:374-379.
18. Penelope K, Elias MF, Robbins M, Budge M. Blood pressure-related cognitive decline. *Hypertension*. 2004; 44:631-636.
19. Alic A, Pranjić N, Ramić E. Polypharmacy and decreased cognitive abilities in elderly patients. *Med Arh*, 2011; 65 (2): 102-5.
20. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, January 2013; volume 36, supplement 1.
21. Standards of Medical Care in Diabetes -2014. American Diabetes Association. *Diabetes Care*; vol 37, supplement 1, January 2014.
22. Real academia española diccionario de la lengua española, 22.ª (2001) edición. Madrid: Espasa Calpe. [Edición en CD-ROM de la 22.ª ed., Madrid, Espasa Calpe, 2003] Disponible también en <http://www.rae.es>.

ANEXOS

Anexo 1 (Test de Yesavage)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

**FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR CON
HIPERTENSION ARTERIAL, EN LA UMF NO. 33 “EL ROSARIO”
(TEST DE YESAVAGE)**

Este test servirá para detectar depresión en adultos mayores con hipertensión arterial en la UMF No. 33 “El Rosario”. Le solicito atentamente su participación si no tiene inconveniente, el motivo es tener información acerca de la detección de depresión en adulto mayor con hipertensión arterial que recibe atención en esta unidad, la información que se obtenga será **CONFIDENCIAL** y no se difundirán los resultados, agradezco la atención que me preste.

A continuación, conteste SI o NO de acuerdo a la respuesta que más se acerque a su realidad (Escala de Yesavage):

1.- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2.- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5.- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a desprotegido?	SI	NO
9.- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hace cosas nuevas?	SI	NO
10.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11.- En estos momentos ¿Piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12.- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13.- ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14.- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15.- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO

En la versión breve se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos. Valores entre 6 y 9 son sugestivos de probable depresión y valores de 10 o más de depresión establecida. Las sensibilidades y especificidades son muy altas para ambos puntos de corte.

Estratificación:

Normal = 0 – 5 puntos.

Probable depresión = 6 – 9 puntos.

Depresión establecida = > 9 puntos.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

CUESTIONARIO

FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSION ARTERIAL, EN LA UMF NO. 33 “EL ROSARIO”

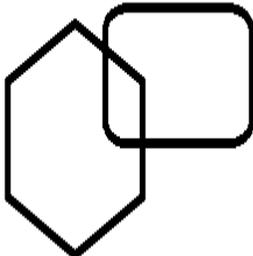
Le solicito atentamente su participación para resolver el siguiente cuestionario. El motivo es obtener información acerca de la frecuencia de deterioro cognoscitivo en adultos mayores que acuden a esta unidad. La información que se obtenga será completamente **CONFIDENCIAL**. Agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario. **Instrucciones:** Marque con una **X** la opción que usted considere se asemeje más a su situación en los últimos 12 meses.

1. ¿Cuál es su edad?
 - a. De 60 a 64 años
 - b. De 65 a 69 años.
 - c. De 70 a 74 años.
 - d. De 75 a 80 años.
2. ¿Cuál es su sexo?
 - a. Mujer
 - b. Hombre
3. ¿Cuál es su estado civil?
 - a. Casado
 - b. Unión libre
 - c. Viudo
 - d. Divorciado
 - e. Soltero
4. ¿Cuál es su ocupación?
 - a. Se dedica a labores del hogar
 - b. Jubilado
 - c. Trabaja fuera de su domicilio
 - d. Desempleado
5. ¿Qué escolaridad tiene?
 - a. Sin escolaridad
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Bachillerato
 - e. Licenciatura
 - f. Postgrado, maestría o Doctorado.
6. ¿Hace cuantos años le diagnosticaron hipertensión arterial?
 - a. 10 años o menos
 - b. 11 a 20 años
 - c. Más de 30 años.
7. Señale con una X, si además de hipertensión arterial padece algunas de las siguientes enfermedades (puede señalar varias):
 - a. Diabetes Mellitus tipo 2
 - b. Enfermedad vascular cerebral
 - c. Enfermedad del corazón.
 - d. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
 - e. Otra

8. ¿Cuántos medicamentos toma actualmente?
- 1 a 3 medicamentos.
 - 4 a 6 medicamentos.
 - Más de 6 medicamentos.

Las siguientes preguntas serán realizadas y calificadas por el investigador.

No sabe leer ni escribir _____	Años de escolarización: _____
9.- ORIENTACION EN EL TIEMPO Y ESPACIO ¿Qué día de la semana es hoy? ¿Cuál es el año? ¿Cuál es el mes? ¿Cuál es el día? ¿Cuál es la estación del año? (Máximo 5 puntos)	0-5
“Dígame el nombre del hospital, ¿En qué piso estamos? ¿En qué ciudad estamos? ¿En qué estado vivimos? ¿En qué país estamos? (Máximo 5 puntos)	0-5
10.- FIJACION “Repita estas palabras: <i>caballo. Peso, manzana</i> ” (Anote un punto cada vez que la palabra sea correcta.) (Máximo 3 puntos)	0-3
11.- CONCENTRACION Y CALCULO “Si tiene 100 pesos y me los da de siete en siete, ¿Cuántos le quedan?” (Anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta la anterior fuera incorrecta) (Máximo 5 puntos)	0-5
12.- MEMORIA “¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? DIGALAS” (Máximo 3 puntos)	0-3
13.- LENGUAJE Y CONSTRUCCION. “¿Qué es esto? (Mostrar un reloj)” “¿Y esto? (Mostrar un bolígrafo). (Máximo 2 puntos)	0-2
“Repita la siguiente frase: NI SI, NI NO, NI PERO”	0-1
“Tome el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo” (Anote un punto por cada orden bien ejecutada). (Máximo 3 puntos)	0-3
“Lea esto y haga lo que dice” CIERRE LOS OJOS	0-1

"Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta"	0-1
<p data-bbox="267 275 496 302">"Copie este dibujo"</p> 	<p data-bbox="1182 275 1224 302">0-1</p> <p data-bbox="1117 705 1292 737">TOTAL _____</p>
<p data-bbox="272 779 951 953"> 0 a 4 años de escolaridad. De 5 a 8 años de escolaridad. Normal: 22 a 30 puntos. Normal: 24 a 30 puntos. Leve: 19 a 23 puntos. Leve: 19 a 23 puntos. Moderado: 14 a 18 puntos. Moderado: 14 a 18 puntos. Grave: Menos de 14 puntos Grave: Menos de 14 puntos. </p>	<p data-bbox="1044 779 1365 1020"> Más de 8 años de escolaridad Normal: 24 a 30 puntos. Leve: 19 a 23 puntos. Moderado: 14 a 18 puntos. Grave: Menos de 14 puntos. </p>

La siguiente información, será tomada de su expediente por el investigador:

14. Últimas 2 cifras de tensión arterial:

- a. _____ / _____
- b. _____ / _____

15. De acuerdo a las 2 cifras de tensión arterial, el paciente se encuentra:

- a. Controlado
- b. Descontrolado

16. De acuerdo a las 2 cifras de tensión arterial, el grado de hipertensión arterial en que se encuentra el paciente es:

- a. Grado I
- b. Grado II
- c. Grado III

Anexo 3 (Consentimiento Informado)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMAD (ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	FRECUENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33 “EL ROSARIO”.
Lugar y fecha:	AZCAPOTZALCO, D.F. UMF No. 33 “EL ROSARIO”
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la frecuencia de deterioro Cognoscitivo en adultos Mayores con Hipertensión, en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.
Procedimientos:	Se aplicará un cuestionario diseñado para recabar datos acerca de la frecuencia de presentar deterioro cognoscitivo relacionado con grados de hipertensión, años de hipertensión, otras comorbilidades, numero de medicamentos, descartando la presencia de depresión, <i>El cuestionario también incluye el Mini examen del estado mental de Folstein que permite identificar la presencia de deterioro cognoscitivo leve, Moderado o Grave.</i>
Posibles riesgos y molestias:	No se tienen riesgos, inconvenientes, ni molestias.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El estudio permitirá reconocer la frecuencia de presentar deterioro cognoscitivo en adultos mayores asociado a hipertensión arterial, lo cual servirá como punto de partida para establecer estrategias de prevención que ayuden a evitar la presencia de la enfermedad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Hay compromiso de proporcionar la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacer cambiar de parecer respecto a la permanencia de en el mismo.
Participación o retiro:	El investigador principal se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; garantizando al paciente conservar el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	No se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno. Matricula: 99354207 Profesora Adjunta al Curso de Especialización en Medicina Familiar Tel: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 Coordinación de Educación de la UMF 33 “El Rosario”
Colaboradores:	Dra. Ana Velia Gonzalez Corral Matricula:99359117 Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar Tel: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 Coordinación de Educación de la UMF 33 “El Rosario”
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p> <p style="text-align: center;">Testigo 1</p> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno. Matricula: 99354207</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p style="text-align: center;">Testigo 2</p> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>

Clave: 2810-009-013