



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Prevalencia de patrón riser en hipertensos entre 40 y 50 años, en el Hospital
Naval de Guayaquil durante el periodo 2022 y 2023.

AUTOR (ES):

Cedeño Pico Vinicio Xavier

Colón Gutiérrez Geovanny Josué

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

MÉDICO

TUTOR:

Carriel Mancilla Jorge Alejandro

Guayaquil, Ecuador,

14 de octubre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presenta trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Cedeño Pico, Vinicio Xavier, como requerimiento para la obtención del título de Médico.

TUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
JORGE ALEJANDRO
CARRIEL MANCILLA

f. _____

Carriel Mancilla, Jorge Alejandro

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 14 días del mes de octubre del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presenta trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Colón Gutiérrez, Geovanny Josue, como requerimiento para la obtención del título de Médico.

TUTOR (A)

f.  El medio electrónico por el
JORGE ALEJANDRO
CARRIEL
MANCILLA

Carriel Mancilla, Jorge Alejandro

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 14 días del mes de octubre del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Cedeño Pico, Vinicio Xavier**

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación, **Prevalencia de patrón riser en hipertensos entre 40 y 50 años, en el Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo 2022 y 2023** previo a la obtención del título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración. Me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 14 días del mes de octubre del año 2024

AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**VINICIO XAVIER
CEDENO PICO**

f. _____

Cedeño Pico, Vinicio Xavier



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Colón Gutiérrez, Geovanny Josue**

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación, **Prevalencia de patrón riser en hipertensos entre 40 y 50 años, en el Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo 2022 y 2023** previo a la obtención del título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración. Me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 14 días del mes de octubre del año 2024

AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**GEOVANNY JOSUE
COLON GUTIERREZ**

f. _____

Colón Gutiérrez, Geovanny Josue



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Cedeño Pico, Vinicio Xavier

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de patrón riser en hipertensos entre 40 y 50 años, en el Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo 2022 y 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 días del mes de octubre del año 2024

AUTOR(A):



firmado electrónicamente por:
**VINICIO XAVIER
CEDENO PICO**

f. _____

Cedeño Pico, Vinicio Xavier



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Colón Gutiérrez, Geovanny Josue

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de patrón riser en hipertensos entre 40 y 50 años, en el Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo 2022 y 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 días del mes de octubre del año 2024

AUTOR(A):



firmado electrónicamente por:
**GEOVANNY JOSUE
COLON GUTIERREZ**

f. _____

Colón Gutiérrez, Geovanny Josue



TT, P73, CEDEÑO-COLON

< 1%
Textos sospechosos



< 1% Similitudes

0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas

0% Idiomas no reconocidos

0% Textos potencialmente generados por IA

Nombre del documento: TT, P73, CEDEÑO-COLON.docx
ID del documento: f65593101c608e642e3282d8edad4bb14b287805
Tamaño del documento original: 492,45 kB
Autores: []

Depositante: Jorge A. Carriel Mancilla
Fecha de depósito: 20/9/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 20/9/2024

Número de palabras: 10.404
Número de caracteres: 68.282

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15495/3/T-UCSG-PRE-MED-1053.pdf.txt 34 fuentes similares	4%		Palabras idénticas: 4% (409 palabras)
2	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/18945/3/T-UCSG-PRE-MED-1306.pdf.txt 32 fuentes similares	4%		Palabras idénticas: 4% (399 palabras)
3	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8945/3/T-UCSG-PRE-MED-ODON-315.pdf.txt 30 fuentes similares	4%		Palabras idénticas: 4% (402 palabras)
4	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15481/3/T-UCSG-PRE-MED-1041.pdf.txt 26 fuentes similares	4%		Palabras idénticas: 4% (387 palabras)
5	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12981/3/T-UCSG-PRE-MED-829.pdf.txt 24 fuentes similares	4%		Palabras idénticas: 4% (361 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Documento de otro usuario #0e8487 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
2	www.mendeley.com El ritmo circadiano de la presión... preview & related info ... https://www.mendeley.com/catalogue/1b5bf222-246f-39be-bb93-275389510e05/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (36 palabras)
3	www.elsevier.es https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1138359323001958&r=40	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (36 palabras)
4	www.elsevier.es Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertens... https://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-avance-resumen-guia-practica-s...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (28 palabras)
5	TT,P73,PEREA, BONE .docx Prevalencia de fibrilación auricular en pacien... #c4d806 El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (30 palabras)

Fuente ignorada Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	TT, P73, CEDEÑO-COLON copilatio.docx PREVALENCIA DE PATRON RISER... #035747 El documento proviene de mi grupo	61%		Palabras idénticas: 61% (6261 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas)

1 https://www.paho.org/es/temas/hipertension


Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitud



2  <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2782296>

3  <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/presion-arterial-alta/causas>

4  http://images.slideplayer.es/3/1104782/slides/slide_2.jpg

5  <http://www.leveltech.com.ec/graficos/imagenes/Logos/Cientes/Auditoria/PresidenciaEcuador.png>

AGRADECIMIENTOS

La carrera de medicina ha sido un largo camino que he afrontado en mi vida, con muchas alegrías y tristezas, con mucho optimismo y algunas veces con desesperación, pero sin duda alguna con mucho entusiasmo y amor.

Quiero agradecer primero a Dios que me da vida día a día para afrontar la realidad con salud y energía, segundo a mis padres Honorato y Martha y a mis abuelos Roberto y Mabel que me han apoyado en este camino lleno de altibajos sin desmayar y creyendo en mí en cada paso que he dado, también a mis ángeles Honorato y Emma que sé que desde arriba no me dejan desmayar y me alientan a seguir adelante para poder lograr mis objetivos, tercero a mi hermano Joshue quien es una inspiración y admiración para mí, cuarto a mi enamorada Nathaly que con su apoyo y amor incondicional me ha sabido guiar y ayudar en el transcurso de la carrera para hacerme una mejor persona y poder sacar el 100% de mi potencial, es una mujer increíble, quinto a mi prima Melany la mamá que la vida me dio lejos de casa, la que me cuida y me acompaña lejos de casa, y sexto pero no menos importante a mis amigos que me han acompañado a lo largo de la carrera Klever, Michael, Roberto, Edison y sin duda alguna a mi hermano Geovanny el que me ha acompañado más de cerca, me ha acogido como familia y me ha hecho sentir que estar lejos de casa no se siente tan solitario como parece, gracias infinitas a ti y tu hermosa familia que me ha acogido como un hijo más y que me ha cuidado y velado por mí durante gran parte de esta linda y estresante carrera, no puedo estar más contento con la hermosa amistad que hemos formado y sé que Dios depara grandes cosas para ambos.

También agradezco a cada maestro y cada persona que se ha cruzado en este largo camino para obtener este anhelado título y me ha dejado una enseñanza, siempre llevo el ser más para servir mejor en mi corazón y cada cosa buena que pueda absorber de los demás, siempre tendrá un espacio en mi corazón. Gracias.

Este solo es el inicio...

Vinicio Xavier Cedeño Pico

AGRADECIMIENTOS

Es difícil expresar todos los sentimientos en un simple párrafo, llegar al momento donde todo termina nunca es fácil. Agradezco a Dios por guiar todo este camino, que, aunque en momentos parecía lejos y se sentía ese estancamiento, hoy puedo decir que se fue volando. Soy fiel creyente de que Dios está en cada paso que damos, permitiéndonos elegir el camino, sin separarnos de la meta. Agradecer a Sarita mi mamá es poco comparado a todo lo que ella merece, siempre dispuesta a ayudar con todo el amor que existe sin esperar nada, valoro cada madrugada o trasnoche que tuvo, así como cada apuro que pudo suceder y que con paciencia pudo muy bien resolver. A mi papa Geovanny gracias por impulsarnos siempre a ser mejores y a buscar siempre la forma de que mis hermanos y yo salgamos adelante. A mis hermanos Lissette y Geovanny que, con mucho amor, esfuerzo me han acogido en sus vidas, impulsándome, apoyándome y corrigiéndome desde la infancia, agradezco su presencia en cada etapa de mi vida, y quiero que sepan que este logro también es suyo. En adición agradezco a mis amigos más cercanos Roberto, Edison, Vinicio, Johan, Yoshua e Indira por confiar en mí y brindarme ese empujoncito adicional con sus palabras que hicieron que indirectamente crea en mí. A mi gran profesor y amigo el Dr. Cristian Guarderas agradecimientos infinitos por su paciencia y dedicación al enseñarme que: “no solo de medicina vive el hombre” y también a entender que: “el camino, aunque difícil, así es”. Culmino nuevamente agradeciendo a Dios, pero esta vez agradezco por poner en mi camino a mi novia María de los Ángeles que, aunque no la conocí durante toda la vida universitaria, supo llegar en el momento indicado a brindarme su cariño, entusiasmo y buena vibra; resultando en paz durante la última etapa de esta maravillosa carrera.

A cada uno de ustedes ¡Gracias!

Geovanny Josue Colón Gutiérrez

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y al cielo, a mi ángel, mi madre que esta allá arriba y me está viendolograr mis objetivos, gracias mamita porque mucho de lo que soy hoy en día es gracias a ti.

A mi madre Eco. Martha Pico que con sacrificios ha logrado que sea el hombre en el que me estoy convirtiendo, a mi padre Ing./Abg. Honorato Cedeño que con sus regaños y retadas ha sabido forjar mi carácter y hacerme un hombre valeroso de mí mismo, a mi mamita Mabel y papito Roberto que con su amor y apoyo me han permitido llegar donde estoy, gracias a ustedes soy lo que soy y todos mis logros siempre serán también los suyos, los amo.

Quiero dedicar este trabajo y todo lo logrado hasta hoy a personas muy importantes y relevantes en mi vida, a mis tíos Dr. Nell y Yandri Pico Briones que a la distancia me han orientado y guiado, a mi tío Ing. Joshep Pico Briones, no conozco mente más brillante que la suya, y sin duda a mi tío Dr. Emigdio Navia Cedeño, quien me ha inculcado un amor singular a esta noble carrera y a la especialidad médica que en un futuro espero seguir.

Dedicar este trabajo a mi alma mater la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, que durante el trascurso de toda mi carrera me enseñó a afrontar con liderazgo y decisión cada meta a cumplir, y que hoy en día se está materializando.

Vinicio Xavier Cedeño Pico.

Dedico este trabajo a mis personitas favoritas, mis sobrinos: Ian, Matías, Benjamín, Agustín. Y sin duda, una dedicatoria al cielo a Isaacito, quien siempre vivirá dentro de mi corazón.

Geovanny Josué Colón Gutiérrez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DECANO DE LA CARRERA

Aguirre Martínez, Juan Luis

f. _____

OPONENTE

COORDINADOR DEL AREA DE TITULACIÓN

Vásquez, Diego

f. _____

OPONENTE

Briones, Roberto

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	XVII
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.4 JUSTIFICACIÓN	4
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
CAPITULO II	7
2.1 MARCO TEÓRICO	7
CAPITULO III	13
3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	13
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	13
3.3 POBLACIÓN	13
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	13
3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	13
3.6 METODO DE RECOGIDA DE DATOS	13
3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	13
3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	14
3.9 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	15
CAPITULO IV	16
4.1 RESULTADOS	16
4.2 DISCUSIÓN	22
CAPITULO V	25
5.1 CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFÍA	26

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	24
Tabla 2.....	25
Tabla 3.....	28
Tabla 4.....	28
Tabla 5.....	34
Tabla 6.....	35
Tabla 7.....	36
Tabla 8.....	36
Tabla 9.....	37
Tabla 10.....	38
Tabla 11.....	38

GRAFICOS

Gráfico 1	34
Gráfico 2	35
Gráfico 3	35
Gráfico 4	36
Gráfico 5	37
Gráfico 6	38
Gráfico 7	39

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es una patología crónica con gran tasa de morbi-mortalidad en el mundo y en Ecuador, es catalogada como multifactorial y de difícil manejo por su origen incierto y etiología variable. **Objetivo:** Establecer la prevalencia del patrón riser en hipertensos entre 40 y 50 años en el Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo 2022-2023. **Materiales y métodos:** Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo realizado en pacientes hipertensos atendidos en la consulta externa del Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo de 2022-2023. **Resultados:** Se trabajó con una muestra de 103 pacientes diagnosticados con hipertensión asociada a patrón riser positivo, equivalente al 25.9% de la población general estudiada durante el periodo 2022-2023, los principales factores de riesgo modificables estudiados en los pacientes según sus historias clínicas fueron el índice de masa corporal (IMC) y tabaquismo. Con respecto al IMC se observó que más del 90% de los pacientes estudiados presentaban obesidad o sobrepeso y tan solo 1% de la población se encontraban en su peso ideal. Por otra parte, los fumadores activos representaban tan solo el 15% de todos los pacientes. Se analizó además los 3 factores de riesgo no modificables más comunes: edad, sexo y diabetes mellitus, obteniendo así los siguientes resultados; en la edad la mayor prevalencia de casos del patrón fue a los 47 años con un 18.4%, en el sexo se observó que prevalece el género masculino con 65% frente al femenino con 35% y la diabetes mellitus fue una variable con poca significancia estadística puesto que tan solo el 6.8% de pacientes con patrón riser la padecían. Por último, caracterizamos las manifestaciones clínicas más comunes, obteniendo como resultados que la mayoría de los pacientes con patrón hipertensivo riser son asintomáticos con una prevalencia de 64.1%, sin embargo, otros presentaron manifestaciones comunes como la cefalea en un 13.6%, las palpitaciones 8.7%, sofocos 7.8% y tinitus en un 5.8%. **Conclusiones:** Se establece que la prevalencia de pacientes hipertensos con patrón riser corresponde al 25.9%. Esta cifra tiene una importancia significativa, puesto que la población con la que se trabajó corresponde a personas que tienden a realizar trabajos forzados, con cambios de horarios, trasnoches y un alto índice de stress. Hasta el momento no existen estudios regionales, ni registros globales de la importancia de la monitorización ambulatoria de la presión arterial y su grado de importancia para el tratamiento y prevención de las futuras complicaciones.

Palabras Claves: Hipertensión arterial, patrón riser, factores de riesgo, ritmo circadiano, mapa, prevalencia.

ABSTRACT

Introduction: Arterial hypertension is a chronic pathology with a high morbidity and mortality rate in the world and Ecuador, it is classified as multifactorial and difficult to manage due to its uncertain origin and variable etiology. **Objective:** Establish the prevalence of the riser pattern in hypertensive patients between 40 and 50 years of age at the Naval Hospital of Guayaquil during the period 2022-2023. **Materials and methods:** This is an observational, retrospective, cross-sectional and descriptive study carried out on hypertensive patients treated in the outpatient clinic of the Naval Hospital of Guayaquil during the period 2022-2023. **Results:** A sample of 103 patients diagnosed with hypertension associated with a positive riser pattern was used, equivalent to 25.9% of the general population studied during the period 2022-2023. The main modifiable risk factors studied in patients according to their medical histories were BMI and smoking. Regarding the BMI, it was observed that more than 90% of the patients studied were obese or overweight and only 1% of the population was at their ideal weight. On the other hand, active smokers represented only 15% of all patients. The 3 most common non-modifiable risk factors were also analyzed: age, sex and diabetes mellitus, thus obtaining the following results: in age the highest prevalence of cases of the pattern was at 47 years with 18.4%, in sex it was observed that the male gender prevailed with 65% compared to the female with 35% and diabetes mellitus was a variable with little statistical significance, since only 6.8% of patients with the riser pattern suffered from it. Finally, we characterized the most common clinical manifestations, obtaining as results that the majority of patients with hypertensive riser pattern are asymptomatic with a prevalence of 64.1%, however, others presented common manifestations such as headache in 13.6%, palpitations in 8.7%, and tinnitus in 5.8%. **Conclusions:** It is established that the prevalence of hypertensive patients with riser pattern corresponds to 25.9%. This figure is significant, since the population with which we worked corresponds to people who tend to perform forced labor, with schedule changes, late nights and a high stress index. To date, there are no regional studies, nor global records of the importance of ambulatory blood pressure monitoring and its degree of importance for the treatment and prevention of future complications.

Keywords: High blood pressure, riser pattern, risk factors, circadian rhythm, map, prevalence.

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que, a nivel mundial, presenta una alta tasa de morbilidad y mortalidad, se caracteriza por una elevación persistente de la presión arterial (PA), por encima de 130/80mmHg(1). A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay aproximadamente 1280 millones de adultos con hipertensión arterial, de los cuales el 46% de estos pacientes desconoce su patología y tan solo el 21% de pacientes logra tener correcto control de su patología(2). A nivel regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que la hipertensión arterial afecta aproximadamente el 20-40% de la población, lo que representa alrededor de 250 millones de personas con HTA en la región. Esta cifra está asociada con una alta tasa de mortalidad, con un estimado de 1.6 millones de muertes anuales a causa de enfermedades cardiovasculares(3). En nuestro Ecuador se estima que aproximadamente el 19.8% de adultos presentan hipertensión arterial (HTA), teniendo mayor prevalencia el género masculino con 23.8% en comparación con las mujeres 16.0% y siendo el grupo de edad entre 45 a 69 años el más afectado, con un 35% del total(4).

La medición de la presión arterial ambulatoriamente es una práctica rutinaria en el área de consulta, sin embargo, debido al dinamismo de la presión no es posible obtener una estimación real de esta. En un estudio retrospectivo realizado en el lapso de un año en pacientes mayores de 18 años con sospecha de hipertensión de bata blanca, hipertensión arterial (HTA) refractaria, HTA lábil, se realizó la monitorización de la presión ambulatoria (MAPA), donde se mostraron variables relevantes donde el patrón riser representó solamente el 6.7% de toda la muestra asociándose a un sobrepeso marcado y a un mayor perímetro abdominal(5).

La presión arterial presenta variaciones circadianas mediada por mecanismos homeostáticos regulados por el sistema neuro humoral que incluye al sistema renina-angiotensina-aldosterona, los péptidos natriuréticos del endotelio, el sistema nervioso simpático y el sistema inmunológico, que permiten mantener valores fisiológicos dentro de parámetros aceptables siendo normal cifras de presión arterial elevadas durante el día y una reducción en la noche, lo que se conoce como patrón dipper, el no descenso de la presión durante la noche es conocido como patrón non-dipper y en condiciones donde se altera el ciclo actividad-descanso y los valores de la presión arterial en la noche superan el umbral matutino o tiende a haber elevaciones se conoce como patrón riser(6,7).

En un estudio realizado en el año 2019 realizado a 166 pacientes hipertensos mayores a 18 años independientemente del sexo, se observó que el patrón riser estuvo presente en un 33.3% de

los participantes de todas las edades, siguiendo una constante con respecto a los otros patrones donde varían dependiendo la edad y el sexo (8).

En otro estudio realizado en 2020 en 103 pacientes donde se analizó la relación entre la hipertensión arterial y la dislipidemia se observó un porcentaje del 7.8% de pacientes con patrón riser donde este patrón se relacionaba ampliamente con dislipidemia mixta en un porcentaje de 83.1% ($p=0,009$), estableciendo así una asociación estadísticamente significativa entre dislipemia e HTA nocturna (9). Por ello es fácil asociar al patrón riser como índice de severidad para pacientes hipertensos que cursen con otras comorbilidades como pueden ser dislipidemias, hipercolesterolemias, aumento de glucosa basal, que a larga data son directamente proporcionales a daño de órgano diana como lo es el riñón, y por ello aumentar el riesgo de enfermedad renal asociada a la misma hipertensión.(10)

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares. A pesar de su relevancia, el estudio de las diversas formas de presentación de la hipertensión en nuestro país es limitado. Se ha identificado que el patrón riser puede ser un predictor significativo de mal pronóstico en pacientes hipertensos. Por lo tanto, es crucial investigar la prevalencia de este patrón en nuestra población para mejorar las estrategias de prevención y tratamiento de la hipertensión en sus etapas más avanzadas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Conocer cuál es la prevalencia del patrón riser en hipertensos entre 40 y 50 años en el Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo 2022-2023

1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Este estudio se delimita a la ciudad de Guayaquil, en la provincia del Guayas, y se llevó a cabo en el Hospital Naval de Guayaquil. El análisis abarca el periodo desde el año 2022 hasta el año 2023 y la investigación se enfocó exclusivamente en pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial que, además, fueron diagnosticados con patrón riser.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial es un problema de salud mundial catalogado como el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares tales como enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardiaca, incluso demencia. A nivel mundial se estima que hay 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con hipertensión y apenas un 21% de estos tienen controlado el problema, este padecimiento recae de manera desproporcionada en países de bajos y medianos ingresos (11). En Ecuador, la encuesta STEPS realizada en 2018 estimó que un 19.8% de adultos presentan hipertensión arterial, incluyendo a pacientes con terapia antihipertensiva previamente establecida, la prevalencia es mayor en hombres con 23.8% en comparación con las mujeres 16.0%, siendo mayor la incidencia en pacientes de 45 a 69 años con una prevalencia del 35.0% del total, un 45.2% de la población no conocía su condición, el 12.6% de la población conocía su diagnóstico y no tomaba su medicación, el 16.2% conocía su diagnóstico pero mantenía niveles de presión elevados, y tan solo un 26% conocía su diagnóstico, tomaba su medicación y lograba mantener la presión arterial en los valores objetivos(4). Para 2019, el MSP en colaboración con

la OPS/OMS implementó la iniciativa HEARTS, que aborda la prevención y control de la hipertensión para reducir las enfermedades cardiovasculares (ECV), es así como para 2022 se reclutaron 130 591 pacientes de los cuales ahora el 75% son controlados, lo que aumenta 50 puntos a la tasa de pacientes que con medicación logran llegar a valores objetivos en la presión arterial comparado al 26% estimado en 2018 (12).

La presión arterial sigue un patrón circadiano donde varían las cifras de presión durante todo el día, siendo lo normal cifras de presión arterial elevadas durante el día y una reducción en la noche lo que se conoce como patrón dipper; el no descenso de la presión durante la noche es conocido como patrón non-dipper y muy por el contrario si el valor de la presión arterial en la noche es mayor que en el día se conoce como patrón riser (7). La medición precisa y oportuna de estas variaciones es esencial para el diagnóstico y tratamiento adecuado de la hipertensión arterial no obstante las mediciones ambulatorias son dependientes de un observador, quien mediante el método auscultatorio y un manómetro manual o digital debe detectar un aumento o disminución de la presión previo a la cita, a menudo existen limitaciones que varían las mediciones de la presión por lo que protocolos actuales minimizan errores sistemáticos estandarizando la toma de presiones(13). Es aquí cuando los oscilómetros automatizados toman importancia al ser capaces de tomar múltiples lecturas sin la necesidad de un observador siempre y cuando el personal de salud, este correctamente capacitado y los equipos estén correctamente calibrados(14).

Es importante descartar que las enfermedades cardiovasculares son el conjunto de afecciones que pueden inducir a los pacientes a trastornos crónicos y que a larga data no son reversibles afectando la calidad y el estilo de vida. En este sentido, la monitorización de la presión arterial ambulatoria (MAPA) permite detectar los diferentes cambios de presión arterial a lo largo de 24 horas denominados patrones circadianos: dipper, no dipper, riser o dipper extremo(15). Por lo que un diagnóstico oportuno junto a un correcto tratamiento y un seguimiento favorece a retardar el curso natural de la enfermedad(16). Cabe destacar que el monitoreo ambulatorio mediante el MAPA precisa de manera porcentual el patrón circadiano que sigue la presión arterial, denotando y estratificando el riesgo, complicaciones y daño de órgano diana(17), disminuyendo la incertidumbre en torno a valores de referencia en consulta que suelen ser son concluyentes, por lo que se debe considerar al MAPA de 24 horas para establecer un diagnóstico (18).

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de patrón riser en hipertensos entre 40 y 50 años en el Hospital Naval De Guayaquil, durante el periodo 2022 y 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar los factores de riesgo modificables más frecuentes en pacientes hipertensos con patrón riser positivo.
- Identificar los factores de riesgo no modificables más frecuentes en pacientes hipertensos con patrón riser positivo.
- Caracterizar las manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes hipertensos con patrón riser positivo.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN:

La hipertensión arterial se define, según la American Heart Association (AHA), como una presión arterial elevada por encima de valores sistólicos iguales o superiores a 130 mmHg o valores diastólicos mayores o iguales a 80 mmHg, que persiste con el tiempo(1). Actualmente la hipertensión arterial es considerada una de las enfermedades con mayor tasa de morbi-mortalidad en el mundo en consecuencia a la escasa sintomatología que produce, y a su difícil manejo incluso con el desarrollo de nuevas terapias farmacológicas que han surgido en la última década(2).

CLASIFICACIÓN:

La clasificación de la hipertensión arterial tiene rangos y estadios variables dependiendo la escuela medica que se utilice (Tabla 1 y Tabla 2). Ambas guías difieren en la definición y tratamiento de la hipertensión arterial. La ACC/AHA define a la HTA con umbrales superiores a 130/80mmHg mientras que la ESC/ESH mantiene umbrales por encima de 140/90mmHg, reservando la categoría de “hipertensos” para pacientes con mayor riesgo cardiovascular. Por lo tanto, la guía americana denota un enfoque más agresivo en contraste con los europeos quienes prefieren ser más conservadores en su tratamiento e iniciar con cambios en el estilo de vida y alimentación en pacientes con valores limítrofes. Sin embargo, ambas guías optan por tratamientos combinados posterior al diagnóstico inicial de la enfermedad (19).

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial según la guía europea (ESC/EHS):

Categoría de Presión Arterial	Presión Arterial Sistólica	Presión Arterial Diastólica
Presión arterial óptima	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Presión arterial normal	120- 129 mmHg	80- 84 mmHg
Presión normal- alta	130- 139 mmHg	85- 89 mmHg
HTA grado 1	140- 159 mmHg	90- 99 mmHg
HTA grado 2	160 –179 mmHg	100- 109 mmHg

HTA grado 3	> 180 mmHg	>110 mmHg
HTA sistólica aislada	>140 mmHg	<90 mmHg

Tomado de la Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial(20).

Tabla 2. Clasificación de la Hipertensión arterial según la guía americana (ACC/AHA):

Categoría de presión arterial	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
Presión arterial normal	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Presión arterial elevada	120- 129 mmHg	< 80 mmHg
HTA estadio 1	130- 139 mmHg	80- 89 mmHg
HTA estadio 2	>= 140 mmHg	>= 90 mmHg

Tomado de la American Heart Association y el American College of Cardiology(21).

ETIOLOGIA

La hipertensión arterial primaria, anteriormente denominada hipertensión esencial, se caracteriza por tener un origen incierto, y una etiología variable. Existen factores fuertemente ligados al desarrollo de esta patología, así como numerosos factores ambientales y genéticos capaces del influir en su aparición, tales como: la edad, el índice de masa corporal (IMC), los antecedentes familiares, la raza, la dieta, el sedentarismo, trastornos del sueño y factores socioeconómicos. Por el contrario, la hipertensión secundaria es el resultado de una afección médica preestablecida capaz de alterar la función de los sistemas encargados de regular la presión arterial; es decir, es consecuencia directa a enfermedades renales, trastornos hormonales, alteraciones estructurales o incluso causas iatrogénicas(22).

FISIOPATOLOGIA

La presión arterial es el resultado de diversos factores como lo son la volemia, el inotropismo y cronotropismo cardiaco, así como la resistencia vascular que generan las arterias de mediano calibre. Esta resistencia es la principal causa del desarrollo de hipertensión arterial,

produciendo hiperactividad simpática, vasoconstricción funcional y aumento del tono vascular de las arteriolas distales de menos de 1mm de diámetro. En adición, los cambios fisiológicos dependen de los sistemas que interactúan entre sí. Existen los encargados de aumentar los valores de la presión arterial como: sistema renina angiotensina, las prostaglandinas, y el péptido natriurético atrial y los encargados de disminuir estos valores como: el óxido nítrico y las bradiquininas(23).

El sistema nervioso central cumple un papel importante en la regulación de la presión arterial, este es un mediador a corto y largo plazo, contribuyendo al desarrollo de hipertensión tanto primaria como secundaria. Este sistema compuesto por la medula adrenal, que, trabajando como un órgano endocrino es capaz de liberar a la sangre hormonas como; adrenalina, noradrenalina y dopamina que mantienen la homeostasis de la PA al producir un efecto en receptores alfa y betaadrenérgicos.

FACTORES DE RIESGO

La hipertensión arterial es una enfermedad, multifactorial, letal, muy pocas veces diagnosticada en etapas tempranas, en la actualidad los factores de riesgos se agrupan en: 1) modificables: subdivididos en comportamentales, es decir, aquellos factores que se relacionan con el estilo de vida y son susceptibles a cambios como: tabaquismo, la dieta, actividad física, ingesta de sodio, estrés, jornadas de trabajos nocturnas, la epigenética, y el índice de masa corporal (IMC), el cual clasifica a los pacientes en base a su peso; ideal entre 18.5-24.9; sobrepeso entre 25-29.9, obesidad grado I entre 30.00-34.99, obesidad grado II entre 35.00- 40.00, obesidad grado III entre 40.00-49.00 y obesidad extrema o grado IV >50.00(24), y 2) no modificables: edad, sexo, etnia, herencia(25,26). En Ecuador un estudio realizado en Cumbe, Azuay reveló que la prevalencia de HTA aumenta con respecto a la edad, siendo los adultos mayores quienes mayor prevalencia de HTA presentan con un 41.7%, seguidos de los adultos medios con un 21.1% y adultos jóvenes con un 11.3%. De igual manera demostró que las personas obesas presentan 3.62 veces más probabilidad de padecer HTA en comparación con personas con un IMC normal(25). Puesto de esta manera, en nuestra región los factores de riesgo con mayor asociación a desarrollar HTA son: el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo, la dislipidemia, la mala nutrición, el exceso de sodio en la dieta, la mala calidad de sueño, y por consiguiente, el grupo etario que más afectado se encuentra son los adultos mayores de entre 60 y 80 años que en nuestro país presenta 5.49 veces más posibilidades de desarrollar HTA en comparación a los adultos jóvenes. Para concluir el sexo femenino ha sido

denominado un fuerte factor de riesgo para el desarrollo de HTA a consecuencia de los cambios hormonales que presenta una mujer durante el climaterio, sin embargo, estudios actuales no han demostrado una relevancia significativa dentro de la historia natural de la enfermedad(25,26).

PATRONES HIPERTENSIVOS RELACIONADOS CON EL RITMO CIRCADIANO

La presión arterial se encuentra estrechamente ligada con los sistemas compensadores y reguladores homeostáticos del cuerpo humano. Entre estos sistemas, poseemos el ritmo circadiano, que comúnmente es el encargado de la consolidación del sueño en sus etapas tanto de sueño, como de vigilia. Este ritmo reporta una gran importancia en la salud, regulando funciones metabólicas, hormonales conductuales durante el día-noche. Las alteraciones de este ritmo o también conocido como las disritmias circadianas tienen etiologías diferentes. Catalogadas por trastornos primarios que afectan directamente al reloj biológico como en el caso de sueño-vigilia irregular, síndrome de la fase del sueño retrasada. trastornos secundarios que no necesariamente están relacionadas con un daño en el reloj biológico como en el insomnio crónico y la apnea del sueño. También se incluyen los trastornos psiquiátricos que ocasionan cambios circadianos por alteración del estado mental y emocional, y por último los trastornos de desincronización circadiana como los cambios en el estilo de vida, trabajos nocturnos o incluso el reconocido jet lag (27). Todas estas entidades influyen en el aumento descontrolado de los niveles séricos de cortisol, aumentando la respuesta inflamatoria con un aumento significativo del tono simpático, interviniendo así en; la conducción, contracción y cronotropismo cardiaco, la secreción y actividad de mediadores vasoactivos, la agregación plaquetaria, el balance del sistema renina-angiotensina-aldosterona y en el posible desarrollo de desórdenes renales y neurovegetativos (28).

En el ámbito cardiovascular el ritmo circadiano se encarga de regular la presión arterial mediante el eje hipotálamo-hipofisario, y su relación directa con el sistema neuroendocrino. Fisiológicamente los valores de la presión arterial son más altos durante el día alcanzando una meseta entre 6 a 18 horas, con un descenso continuo durante la noche, con el pico más bajo a la media noche o después que el paciente va a dormir, para posterior aumentar los valores tensionales cuando el paciente inicia sus actividades matutinas (29).

Los desórdenes hipertensivos se evalúan mediante la monitorización ambulatoria también conocida como MAPA, este examen se realiza de manera ambulatoria permitiendo al paciente

poder realizar sus actividades diarias con el mínimo de intervención posible, usualmente la duración del estudio es de 24 horas, realizando medidas de la presión arterial cada 15 a 20 minutos. Es por esta razón que el examen debe cumplir con ciertos criterios para que los resultados sean confiables en base a los criterios de hipertensión basado en la Sociedad Internacional de Hipertensión (ISH) (Tabla 3 y Tabla 4) (30,31) .

Tabla 3.

CRITERIOS DE VALIDEZ DE UN MAPA
Registro durante 24H con $\geq 70\%$ de las lecturas esperadas
20 lecturas validas durante el periodo de actividad
7 lecturas validas durante el periodo de descanso
Lecturas de PA cada 15-30 minutos durante 24 horas

Tomado y adaptado del documento de posición de la Sociedad Europea de Hipertensión sobre la monitorización ambulatoria de la presión arterial (31).

Tabla 4

**CRITERIOS DE HTA BASADAS EN LA CONSULTA Y EL MONITERO
AMBULATORIO (MAPA)**

	Valor sistólico/diastólico
P/A EN CONSULTA	≥ 140 y/o ≥ 90
MAPA	
PROMEDIO DE 24 HORAS	≥ 130 y/o ≥ 80
PROMEDIO DIURNO	≥ 135 y/o ≥ 85
PROMEDIO NOCTURNO	≥ 120 y/o ≥ 70

Tomado y adaptado de Guía práctica de la sociedad internacional de Hipertensión 2020 para la atención global de la hipertensión(30).

Bajo este método, es posible identificar las variaciones de la presión arterial como resultado de la diferencia porcentual entre el aumento y descenso de la PA durante el día y la noche (32). El corte porcentual de esta relación oscila entre 0-20% permitiendo caracterizar cuatro patrones hipertensivos; 1) Patrón dipper: descenso de 10 a 20% de las cifras nocturnas frente a las diurnas. 2) Non-dipper: pobre descenso de la PA, con valores entre 0-10%. 3) Dipper extremo: aumento de más de 20% frente a los valores diurnos. 4) riser: los valores de la PA nocturna superan los valores diurnos (33,34).

COMPLICACIONES

La hipertensión arterial, al ser considerada una de las patologías con mayor tasa de morbi-mortalidad, se asocia potencialmente a mayores complicaciones a nivel cardiovascular y renal. Es una patología silenciosa que cursa con complicaciones tanto agudas como crónicas que pueden llevar al paciente a ingresos hospitalarios en unidad de cuidados intensivos por la afectación a órganos diana, que pueden producir deterioro cognitivo en consecuencia a: encefalopatía hipertensiva, eventos cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio, aneurisma disecante de la aorta o incluso la muerte. En cuanto a las afectaciones crónicas de esta patología, se mencionan cambios estructurales y hemodinámicos a nivel del corazón en consecuencia al estrés mecánico y la respuesta adaptativa a la sobrecarga sistodiastólica. Esto implica, además, la activación del sistema nervioso simpático y neuro humoral lo que eventualmente lleva al desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda, dilatación auricular izquierda, fibrilación auricular y cambios ecocardiográficos en la función diastólica y el remodelado cardiaco (35).

CAPITULO III

3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestro estudio se trata de prevalencia de tipo observacional, retrospectivo. La población escogida para el estudio fue conformada por pacientes de la consulta externa del Hospital Naval de Guayaquil en el periodo 2022 al 2023.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.

3.3 POBLACIÓN

Pacientes de ambos sexos entre 40 y 50 años con diagnóstico de hipertensión arterial, atendidos en la consulta externa de Cardiología del Hospital Naval De Guayaquil en el periodo del 1 de enero del 2022 al 30 de junio del 2023.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de ambos sexos con edades entre 40 y 50 años.
- Diagnóstico confirmado de Hipertensión arterial.

3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico establecido de patrón dipper o non-dipper
- Pacientes con trastorno crónico del sueño.
- Pacientes con diagnóstico establecido de enfermedad cerebro vascular, valvulopatías, síndromes coronarios e insuficiencia cardiaca congestiva terminal.
- Pacientes en hemodiálisis con diagnóstico de enfermedad renal crónica.
- Pacientes embarazadas.

3.6 METODO DE RECOGIDA DE DATOS

Utilización de datos secundarios en la investigación, mediante la revisión de historias clínicas digitales, obtenidas en estadística con la autorización y los permisos necesarios por docencia.

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables De caracterización.	Indicador	Valor final	Tipo de variable
Sexo.	Sexo.	Masculino, femenino.	Categorica nominal dicotómica.

Edad.	Años	Entre 40-50 años.	Numérica, razón, discreta.
Tabaquismo.	Anamnesis.	No fumador, fumador activo, exfumador.	Catagórica nominal politómica.
IMC (Índice de masa corporal).	Masa corporal.	< 18.5 bajo peso, entre 18.5 a 24.9 peso normal, entre 25.0 a 29.9 sobrepeso, > 30.0 obesidad.	Catagórica ordinal politómica.
Años con diagnóstico de hipertensión Arterial	Años	Entre 5-10 años	Numérica, razón, discreta
Antecedentes de diabetes	Anamnesis	Positivo, negativo.	Catagórica nominal dicotómica.
Manifestaciones Clínicas	Anamnesis	Nauseas, tinitus, asintomáticos, palpitaciones, fatiga, cefalea.	Catagórica, nominal politómica
Variable de interés.	Indicador	Valor final	Tipo de variable
Patrón Circadiano Riser de la presión arterial sistólica.	MAPA	Positivo, negativo	Catagórica nominal dicotómica.

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación fue aceptado por la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y por el Departamento de Docencia del Hospital Naval Guayaquil. En el proceso y desarrollo del presente estudio no se tuvo contacto con los pacientes y solo se accedió a la información recogida en las historias clínicas. Dichas historias clínicas fueron utilizadas única y exclusivamente para los fines del estudio. El estudio aquí presentado sigue las normas de Buena Práctica Clínica, los principios de la Declaración de Helsinki (Seúl 2013), y el Convenio de Oviedo (1997). No se facilitaron datos identificativos ni clínicos de los pacientes y se trabajó sobre un fichero anonimizado y protegido por contraseña que no permitió trazabilidad de las personas incluidas en el registro. Asimismo, el manejo de datos se realizó de acuerdo con lo estipulado en la Ley orgánica de protección de datos y la Ley de derechos y amparo del paciente. Respecto al consentimiento informado, se solicitó excepción de este por considerarse medidas desproporcionadas citar o llamar a cada uno de los pacientes

o sus familiares, teniendo en cuenta que se trata de un estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas y que se procedió a la creación de una base de datos anónima cumpliéndose con la normativa legal vigente.

3.9 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Entrada y gestión informática de datos

La información se documentó en un cuaderno de recogida de datos (CRD) en Microsoft Excel, donde se realizó posteriormente el análisis estadístico.

Análisis estadístico

Se utilizaron medidas de estadística básica ya que, al tratarse de un estudio de prevalencia, no fueron necesarias medidas de estadística inferencial para comparaciones ni obtención de probables medidas de asociación.

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

En total se incluyeron 371 pacientes, de los cuales 103 fueron diagnosticados con hipertensión arterial asociada a patrón riser positivo. Con estos resultados fue posible estimar la prevalencia del patrón riser en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la consulta externa del Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo del 1 de enero del 2022 al 30 de junio del 2023 obteniendo como resultado un 25.9% (Grafico 1), catalogando así al patrón riser como el menos prevalente en comparación con los patrones non dipper con 30.20%, y dipper con 35.0% de toda la población, sin embargo con mucha significancia ya que al ser silente se asocia más complicaciones cardiacas y de órgano diana.

Con la muestra obtenida de 103 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial asociado a patrón riser positivo, se observó que los factores de riesgo modificables con mayor prevalencia en los pacientes estudiados son el tabaquismo y la presencia de sobrepeso/obesidad, obteniendo como resultados que la frecuencia de fumadores activos era 14.6%, comparado con el 85.4% de pacientes que no fuman o lo dejaron de hacer (grafico 2) (tabla 6), y respecto al índice de masa corporal (IMC), se observó que tan solo el 1% de pacientes se encontraban dentro del IMC ideal, seguido del 42.7% de pacientes asociados a obesidad tipo1 y del 56.3% de pacientes asociados a sobrepeso (grafico 3) (tabla 7).

Respecto a los factores de riesgos no modificables, un 65% de los pacientes estudiados fueron varones, mientras que las mujeres representaban el 35% de toda la muestra (tabla 8).

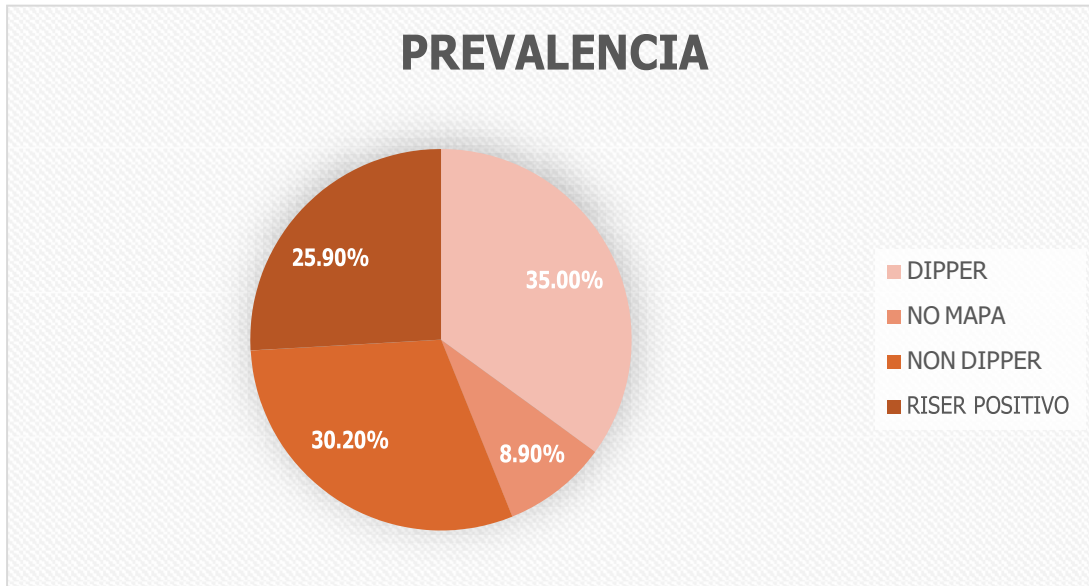
En cuanto a la variable edad, el rango etario investigado abarcó únicamente la cuarta década de la vida. Se observó que la edad con mayor prevalencia de patrón riser fue a los 47 años, con un total de 19 pacientes, seguido de los 48 años con 17 pacientes (grafico 5) (tabla 9).

Con respecto a la diabetes mellitus, los resultados no parecen ser tan concluyentes puesto que esta patología solo se presentó en un 6.8% de todos los pacientes con patrón riser positivo (tabla 10) (grafico 6).

Finalmente se caracterizaron las manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes con hipertensión arterial asociado a patrón riser positivo, denotando que existe una alta prevalencia

de pacientes asintomáticos con un 64.1% de casos, seguidos de pacientes que cursan con cefalea en un 13.6% y en menor cantidad las palpitaciones con 8.7%, fatiga con 7.8% y tinitus con 5.8% de los casos reportados (grafico 7) (tabla 11).

Gráfico 1. Prevalencia de patrones de hipertensión en pacientes entre 40 y 50 años, en el Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo 2022 y 2023.



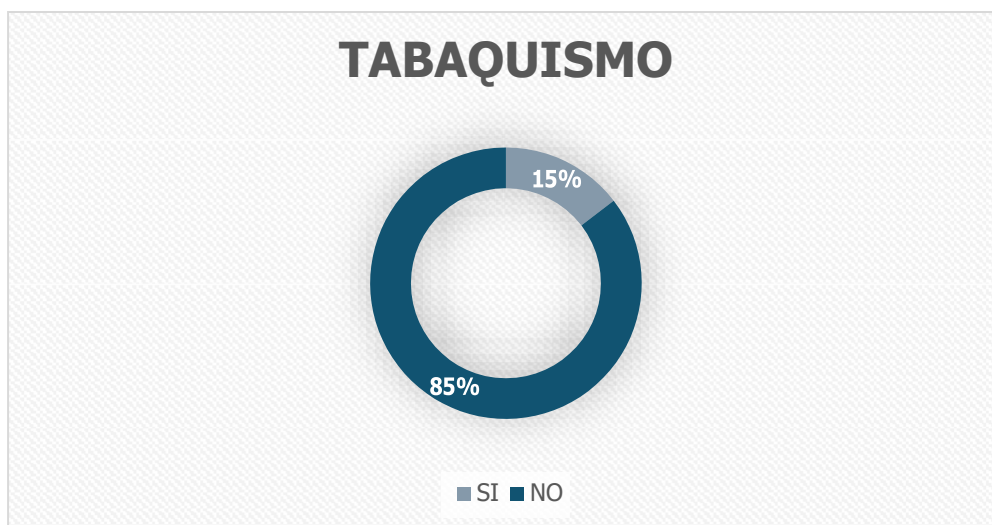
Fuente: Autores

Tabla 5. Frecuencia de pacientes y el porcentaje total de los diferentes patrones seleccionados para el estudio.

FRECUENCIA DE LOS PATRONES:			
PATRONES	FRECUENCIA	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
DIPPER.	130	35%	35%
NO MAPA PA.	26	8.9%	43.9%
NON DIPPER	112	30.2%	74.1%
RISER POSITIVO	103	25.9%	100%

Fuente: Autores

Gráfico 2. Frecuencia de pacientes que consumen tabaco como factor modificable.



Fuente: Autores

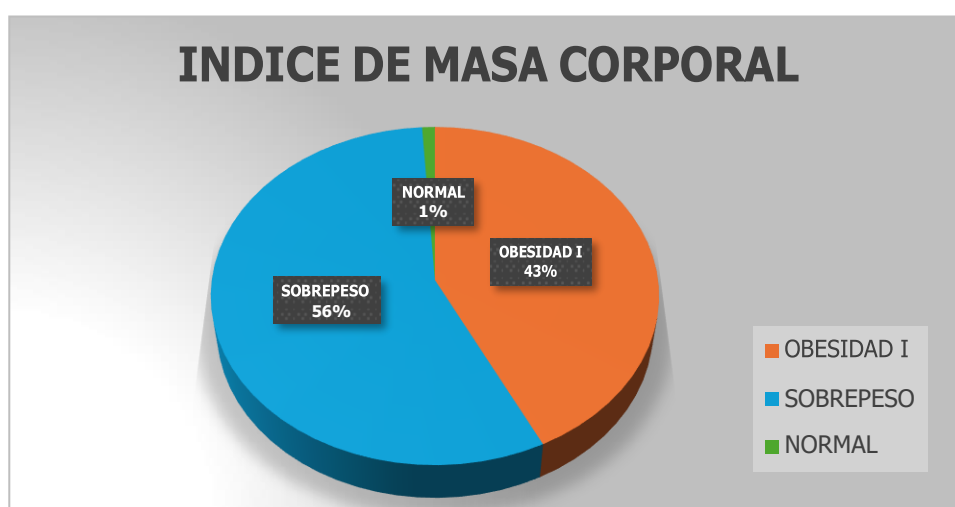
Tabla 6. Cantidad de pacientes y porcentaje que consumen tabaco como factor modificable.

FRECUENCIA DE TABAQUISMO

TABAQUISMO	FRECUENCIA	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
NO	88	85.4%	85.4%
SI	15	14.6%	100%

Fuente: Autores

Gráfico 3. Frecuencia de pacientes con obesidad y sobre peso como factor modificable.



Fuente: Autores

Tabla 7. Cantidad de pacientes y porcentaje que sufren de obesidad y sobre peso como factor modificable.

FRECUENCIAS DE IMC

IMC	FRECUENCIAS	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
NORMAL	1	1%	1%
OBESIDAD GRADO I O MAYOR	44	42.7%	43.7%
SOBREPESO	58	56.3%	100%

Fuente: Autores

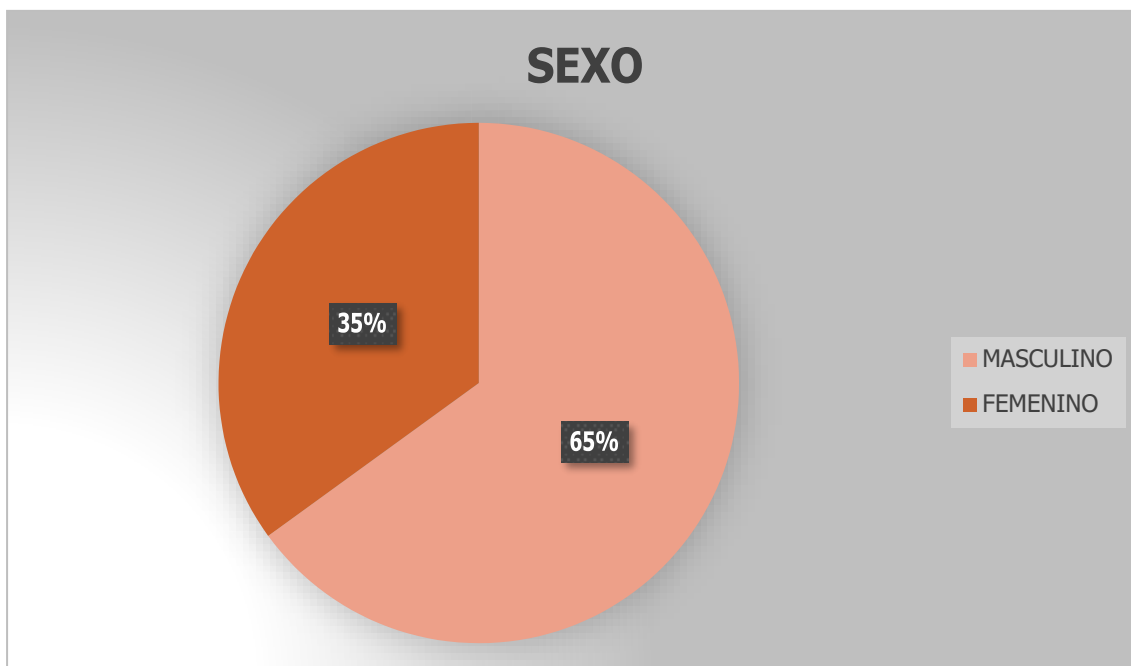
Tabla 8. Cantidad de pacientes según su género y prevalencia según el mismo.

FRECUENCIAS DE SEXO

SEXO	FRECUENCIAS	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
FEMENINO	36	35%	35%
MASCULINO	67	65%	100%

Fuente: Autores

Gráfico 4. Cantidad de pacientes según su género y prevalencia donde se observa que predomina en género masculino.



Fuente: Autores

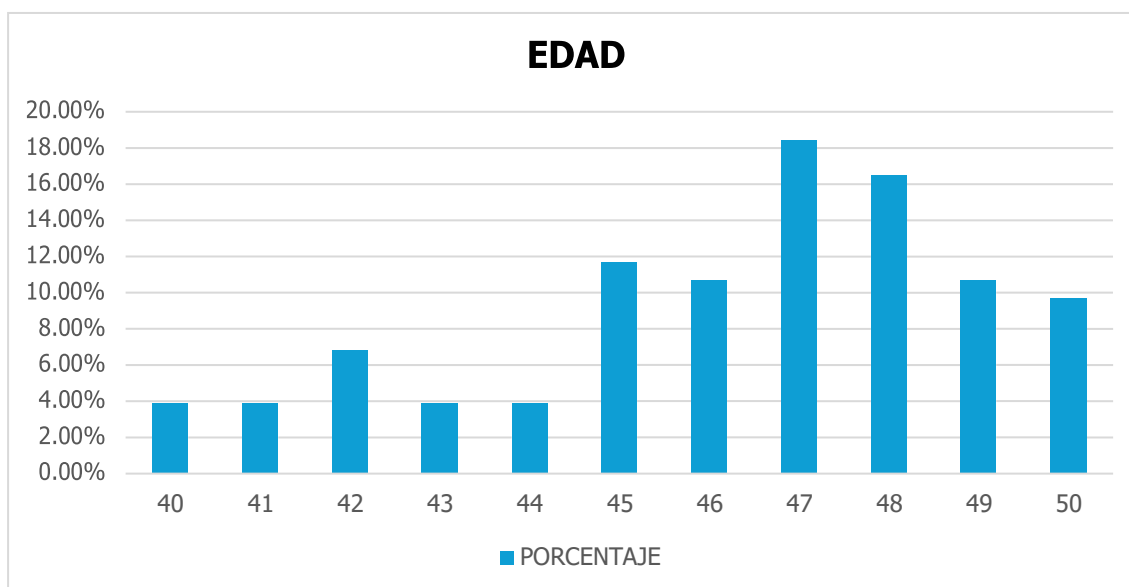
Tabla 9. Podemos observar el porcentaje de pacientes con patrón riser en edades entre 40 y 50 años, teniendo un predominio a los 47 años con 18.4%, seguido de los 48 años con 16.5%.

FRECUENCIA DE EDAD

EDAD	FRECUENCIAS	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
40	4	3.9%	3.9%
41	4	3.9%	7.8%
42	7	6.8%	14.6%
43	4	3.9%	18.4%
44	4	3.9%	22.3%
45	12	11.7%	34%
46	11	10.7%	44.7%
47	19	18.4%	63.1%
48	17	16.5%	79.6%
49	11	10.7%	90.3%
50	10	9.7%	100%

Fuente: Autores

Gráfico 5. La mayor cantidad de pacientes que presentan una hipertensión arterial con patrón riser positivo esta entre los 47 y 48 años.



Fuente: Autores

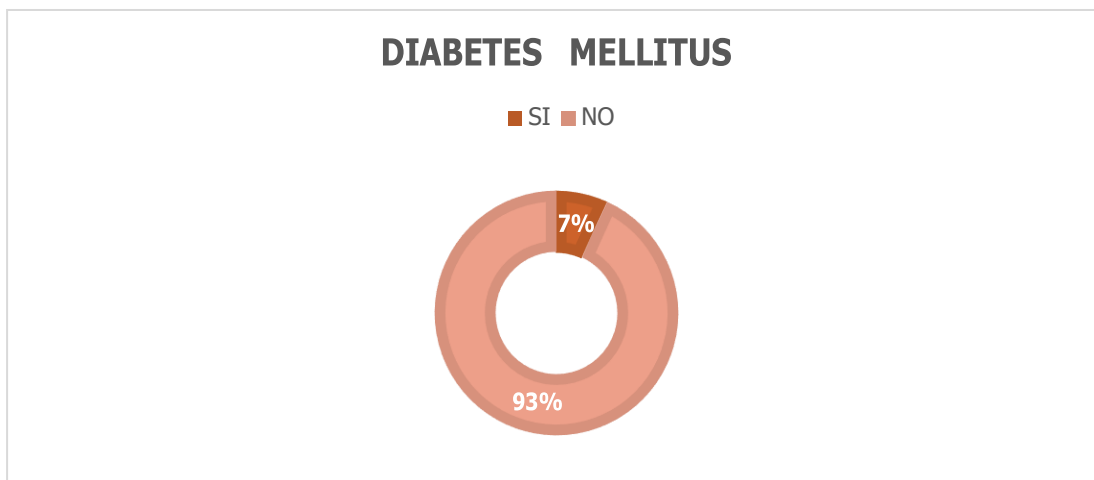
Tabla 10. En este estudio se puede observar que la prevalencia de diabetes en pacientes con patrón riser positivo, no es muy clara.

FRECUENCIAS DE DIABETES MELLITUS

DM	FRECUENCIAS	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
NO	96	93.2%	93.2%
SI	7	6.8%	100%

Fuente: Autores

Gráfico 6. No existe una relevancia estadística para asociar a la diabetes mellitus como predictor de hipertensión con patrón riser positivo.



Fuente: Autores

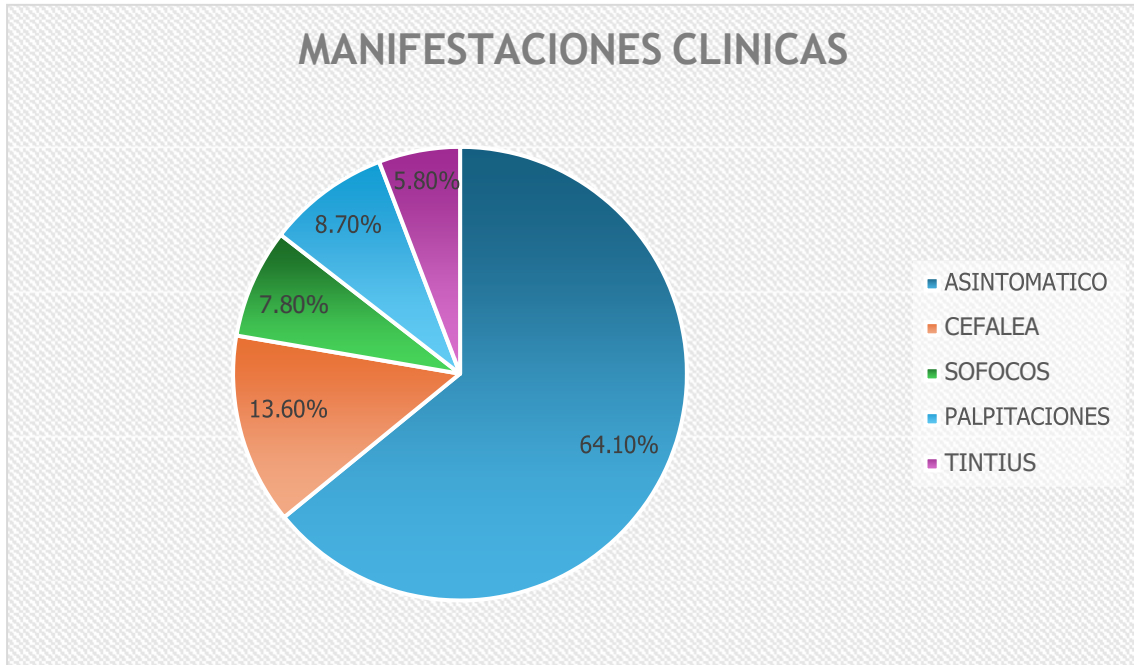
Tabla 11. Se puede observar que la mayoría de los pacientes no cursan con ninguna sintomatología, más sin embargo la cefalea tuvo una clara aparición.

FRECUENCIAS DE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS.

MANIFESTACIONES CLINICAS.	FRECUENCIAS	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
ASINTOMATICO	66	64.1%	64.1%
CEFALEA	14	13.6%	77.7%
SOFOCOS	8	7.8%	85.4%
PALPITACIONES	9	8.7%	94.2%
TINITUS	6	5.8%	100%

Fuente: Autores

Gráfico 7. Hoy en día los pacientes que cursan con enfermedades hipertensivas siguen debutando de forma silente, el estudio nos demuestra que muchos pacientes van a la consulta asintomáticos cardiológicos.



Fuente: Autores

4.2 DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que el 25.9% de los pacientes con hipertensión entre 40 y 50 años, presentaba patrón riser. Esta prevalencia es similar a la reportada en otros estudios realizados en el ámbito ambulatorio, tal como el presentado por Martínez y cols. 2023. Se podría explicar dichas similitudes debido a que fue un estudio retrospectivo, observacional, en 269 pacientes, que cumplían con variables como edad, sexo, índice de masa corporal, tabaquismo y el uso de MAPA para el diagnóstico de HTA, obteniendo un porcentaje de prevalencia del patrón riser en 18.6% de toda la muestra, observando además que el patrón riser se asocia a mayor edad, mayor obesidad y mayores complicaciones cardiovasculares a futuro (36). Esto indica que el curso de esta enfermedad puede verse agravada por factores como el estilo de vida, el control adecuado de la enfermedad, y el diagnóstico oportuno.

El 65% de las personas estudiadas en nuestra serie fueron varones, lo cual es habitual en las distintas investigaciones sobre hipertensión. En nuestro país según ENSANUT, los hombres

entre 18 a 59 años tenían mayor prevalencia de HTA con un 11.2% comparado al 7.5% de las mujeres(4). A nivel regional según la OPS, la prevalencia de la HTA oscila entre 37.6% para varones y 33.3% en mujeres(3). El Instituto americano del corazón, pulmones y sangre (National Heart, Lung and blood institute (NHLBI, por sus siglas en inglés) considera que en la edad madura es más probable que un varón desarrolle HTA en comparación con la mujer, como resultado a la protección hormonal que presenta una mujer premenopáusica y que el estilo de vida de los varones se ve afectado por el consumo de alcohol y dietas poco saludables (37,38). Hay que considerar además que, dado que nuestro estudio se realizó en un hospital naval, en el ámbito militar suelen haber más varones que mujeres, por el mismo tipo de oficio a realizar y además el rango etario considerado en nuestra muestra representa militares que aún se encuentran en servicio activo.

Entre los factores de riesgo modificables en nuestro estudio, se encontró que uno de los principales era el tabaquismo, donde solo el 15% refirió el uso del tabaco. Se podría comprender en base a que la mayoría de estos eran varones, sin embargo, el 85% que no fuma o dejó de hacerlo se justifica por tratarse de un entorno militar, y que estos pacientes se encuentran en constantes valoraciones tanto físicas como de salud, lo que fomenta en cierto punto la adopción de hábitos más saludables.

No obstante, respecto al IMC se puede observar cómo tan solo el 1% de pacientes se encuentran en su peso ideal, en un 56.3% los pacientes se encontraban en sobrepeso y un 42.7% en obesidad. lo que contrasta con lo observado por Martínez y cols. en 2023, donde de una muestra de 269 personas hipertensas en la ciudad de Toledo, España, el 14.9% de los pacientes se encontraban dentro de su peso ideal, seguido del 35.3% en sobrepeso y, cerca del 49.5% se encontraban en obesidad (36). Esto puede explicarse con el tipo de alimentación a la que nuestra muestra se ve expuesta, como es el uso de grasas saturadas, carbohidratos y azúcares refinados en exceso, en relación a la alimentación mediterránea, la cual se conoce es más saludable (4).

Acosta C y cols. en 2021, describen como la diabetes mellitus se relaciona con el desarrollo de HTA nocturna, sin embargo, la prevalencia de esta enfermedad oscilaba entre el 5 y 14%(39). Comparado con nuestro estudio, la diabetes coexistía con la HTA en este rango etario en un 7%, siendo la muestra de pacientes en su mayoría hombres en la cuarta década de la vida, y

según la guía Ecuatoriana de Diabetes Mellitus, la prevalencia de diabetes mellitus es mayor en mujeres con una incidencia del 10.3% a partir de la tercera década de la vida (40).

Respecto a las manifestaciones clínicas relacionadas a la hipertensión, el 60% de los pacientes incluidos en el estudio se encontraban completamente asintomáticos. Para Ocharan y cols. 2016, la prevalencia de cefaleas constaba en un 50% de los pacientes sin embargo el 18% de estos la ignoraba, manifestando que la HTA suele cursar de modo asintomático y que su diagnóstico es en ocasiones accidental por lo que la cataloga como un "asesino silencioso"(41).

Pese a que se trata de una serie pequeña, la principal fortaleza de nuestro estudio es que se trata de un registro de vida real, obtenido en un hospital de referencia de Guayaquil, lo cual nos permite reproducibilidad de los resultados. Además, nuestra serie, a nuestro conocimiento, es la única en la que se investigan los distintos patrones de hipertensión en la ciudad, por lo que aporta conocimiento científico a la comunidad médica de la ciudad y el país. En cuanto a las limitaciones, por la metodología, ya que se trata de un estudio transversal, no es posible establecer relación causal directa entre el patrón riser y los factores de riesgo mencionados. Otra limitación por mencionar es que se trata de un estudio con una población relativamente pequeña para la cantidad de pacientes con hipertensión que hay en la ciudad.

En conclusión, la prevalencia de pacientes hipertensos con patrón riser corresponde al 25.9% del total de hipertensos en la cuarta década de vida atendidos en consulta externa de cardiología, la mayoría son varones, los principales factores de riesgo asociados fueron el sobrepeso (56.3%) y obesidad (42.7%), encontrándose el 60% de los pacientes completamente asintomáticos.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

1. La prevalencia de pacientes hipertensos con patrón riser positivo, entre 40 a 50 años, atendidos en la consulta externa del Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo del 1 de enero del 2022 al 30 de junio del 2023, fue de 25.9%, a partir de una muestra de 371 pacientes.
2. Los factores de riesgo modificables más prevalentes en la población estudiada fueron el sobrepeso/obesidad y el tabaquismo, observando que más del 90% de los pacientes tienen un IMC mayor/igual a 25 kg/m² y que 14.6% de estos eran fumadores activos. La diabetes mellitus no es un factor relevante en los pacientes con hipertensión asociada a patrón riser, ya que solo el 6,8% de los pacientes padecía esta patología.
3. En términos de género, se observó una mayor predisposición masculina, con un 65% de los pacientes siendo hombres frente a un 35% de mujeres.
4. El 64.1% de los pacientes con hipertensión asociada a patrón riser presentan la enfermedad de manera asintomática. Este hallazgo denota una dificultad significativa para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baena Díez JM, Carrera Morodo M, Corral Roca M, Calatayud Subías E, Flores Jiménez I, de la Arada Acebes AM. Impacto de los nuevos criterios de la ACC/AHA sobre la prevalencia diagnóstica de hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. abril de 2020;154(7):254–6.
2. OMS. Hipertension, datos y cifras. 2023. Hipertensión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=Se%20estima%20que%20en%20el,desconocen%20que%20padecen%20esta%20afecci%C3%B3n>.
3. OPS & OMS. Hipertension. 2023 [citado el 1 de septiembre de 2024]. Hipertension. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
4. OPS/OMS, INEC, MSP. ENCUESTA STEPS ECUADOR 2018 MSP, INEC, OPS/OMS Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo . 2018.
5. Dolores Burguete Ramos, Jorge Alcalá Orzaez, Concepcion Fernandez, Pablo Rico. Estudio del patrón circadiano de la presión arterial. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* . diciembre de 2017;9(n).
6. Cortés-Ríos J, Rodriguez-Fernandez M. Circadian Rhythm of Blood Pressure of Dipper and Non-dipper Patients With Essential Hypertension: A Mathematical Modeling Approach. *Front Physiol*. el 18 de enero de 2021;11.
7. Mediavilla García JD, Fernández-Torres C, Arroyo A, Jiménez-Alonso J. Estudio del patrón circadiano de la presión arterial en pacientes hipertensos. *Anales de Medicina Interna*. febrero de 2007;24(2).
8. García Serrano C, Micol Bachiller M, Betrán Biurrun D, Aran Solé L, Pujol Salud J. El ritmo circadiano de la presión arterial y su relación con los factores de riesgo cardiovascular. *Enfermería Nefrológica*. el 19 de junio de 2019;22(2):151–8.
9. Maria Noel Rivero, Luca Quiroz, Paola Spósito. Hipertensión arterial y dislipemia. *Revista Uruguaya de cardiología*. el 11 de noviembre de 2020;35(5).
10. García Serrano C, Micol Bachiller M, Betrán Biurrun D, Aran Solé L, Pujol Salud J, García Serrano C, et al. El ritmo circadiano de la presión arterial y su relación con los factores de riesgo cardiovascular. *Enfermería Nefrológica [Internet]*. 2019 [citado el 10 de marzo de 2024];22(2):151–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000200151&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2023 mar. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
12. OPS/OMS. Ecuador conmemora el Día Mundial de la Hipertensión con importantes logros para su prevención y control [Internet]. 2023 [citado el 23 de enero de 2024].

Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/17-5-2023-ecuador-conmemoracion-mundial-hipertension-con-importantes-logros-para-su>

13. Muntner P, Einhorn PT, Cushman WC, Whelton PK, Bello NA, Drawz PE, et al. Blood Pressure Assessment in Adults in Clinical Practice and Clinic-Based Research. *J Am Coll Cardiol.* enero de 2019;73(3):317–35.
14. Muntner P, Shimbo D, Carey RM, Charleston JB, Gaillard T, Misra S, et al. Measurement of Blood Pressure in Humans: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension.* mayo de 2019;73(5).
15. Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Rev Esp Cardiol.* junio de 2016;69(6):572–8.
16. Martínez Picón MC, Naz Núñez MP, Tornero Suárez I, Parejo Miguez R, Aranda Parras C. Ritmo circadiano y presión arterial en pacientes con monitorización ambulatoria de la presión arterial y su relación con el riesgo de evento cardiovascular. *Medicina de Familia SEMERGEN.* marzo de 2024;50(2):102115.
17. Sergio Naun Cantillano-Rodríguez, Evelyn Chávez RM. Monitoreo ambulatorio de la presión arterial en pacientes diabéticos con o sin hipertensión arterial. *Medicina interna de Mexico.* diciembre de 2018;34(6):855–63.
18. Viera AJ, Yano Y, Lin FC, Simel DL, Yun J, Dave G, et al. Does This Adult Patient Have Hypertension? *JAMA* [Internet]. el 27 de julio de 2021;326(4):339. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2782296>
19. Maria Victoria Ramos. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. *Revista Uruguaya de Cardiología.* 2019;34(1):53–60.
20. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Rev Esp Cardiol.* febrero de 2019;72(2):160.e1-160.e78.
21. Alberto Francisco Rubio-Guerra. Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta? *Medicina Interna de México.* 2018;34(2):299–303.
22. Douglas P. Zipes, Peter Libby, Robert O. Bonow. Hipertensión sistémica: mecanismos y diagnósticos . En: Zipes D, editor. *Braunwald cardiología en atención primaria* . 11a ed. 2019. p. 143–63.
23. Wilches Paul Andres, Albarracion Carlos Emilio, Pulgar Rowny. Fisiopatología de la hipertensión arterial: ¿Qué hay de nuevo? *Revista Latinoamericana de Hipertension.* 2022;17(3):226–9.

24. Amer NM, Marcon SS, Santana RG. Índice de masa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* enero de 2011;96(1):47–53.
25. Alvarez Ochoa Robert, Torres Criollo Larry, Garces Juan Pablo, Izquierdo Coronel Diana. Factores de riesgo de hipertension arterial en adultos. Una revision critica. *Revista Latinoamericana de Hipertension.* 2022;17(2):129–37.
26. Torres Perez romulo Francisco, Quinteros León Mónica Susana, Rodríguez María Renata. Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial y el riesgo cardiovascular. *Revista Latinoamericana de hipertension.* 2021;322(330).
27. Matilde Ubaldo Reyes L, Salin-Pascual RJ, Ángeles-Castellanos M. Síndrome de jet lag o cambio de zonas de tiempo. 2018.
28. Ángeles-Castellanos M, Rojas-Granados A, Quezada-Martínez JR, Arellano-Rivera E, Ruiz-Jiménez DA, Velázquez-Hernández OD, et al. Trastornos circadianos del sueño. *Revista de la Facultad de Medicina.* el 10 de marzo de 2023;66(2):40–8.
29. Hernandes Fernandes E, Coelho D, Missel Correa JR, Kumpinski D. Alteraciones circadianas del sistema cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* enero de 2000;53(1):117–22.
30. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension.* junio de 2020;75(6):1334–57.
31. O'Brien E, Parati G, Stergiou G, Asmar R, Beilin L, Bilo G, et al. European Society of Hypertension Position Paper on Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *J Hypertens.* septiembre de 2013;31(9):1731–68.
32. Navarro-Ulloa OD, Picón-Jaimes YA, Conde-Cardona G, Fernández-Yépez LJ, Zabala-Carballo CI, López-García J, et al. Utilidad del monitoreo ambulatorio de la presión arterial de 24 horas en una población con alto riesgo cardiovascular. *Cir Cir.* el 6 de octubre de 2020;88(5).
33. Suarez Ortega S, Vizcaino JA. Clinical Significance of Dipper Pattern in Hypertensive Patients. *Biology and Medicine.* 2016;8(6).
34. Jorge Luis Leon Alvarez, Alberto Luis De Armas Amaya, Raul Orlando Calderin Bouza. Patrones circadianos de la presión arterial en pacientes hipertensos con hipertrofia ventricular izquierda y su relación con la insulinoresistencia. *Rev Cubana Med.* 2018;57(2).
35. Marcelo L V. Hipertrofia ventricular izquierda como factor de riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso. *Revista Médica Clínica Las Condes.* noviembre de 2012;23(6):707–14.
36. Martínez Picón MC, Naz Núñez MP, Tornero Suárez I, Parejo Miguez R, Aranda Parras C. Ritmo circadiano y presión arterial en pacientes con monitorización ambulatoria de la

presión arterial y su relación con el riesgo de evento cardiovascular. Medicina de Familia SEMERGEN. marzo de 2024;50(2):102115.

37. National Heart L and blood institute. PRESION ARTERIAL ALTA, CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO. 2024 [citado el 17 de septiembre de 2024]. PRESION ARTERIAL ALTA. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/presion-arterial-alta/causas>
38. Ruilope LM, Chagas ACP, Brandão AA, Gómez-Berrotarán R, Alcalá JJA, Paris JV, et al. Hypertension in Latin America: Current perspectives on trends and characteristics. Hipertens Riesgo Vasc. enero de 2017;34(1):50–6.
39. VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL, HIPERTENSIÓN ARTERIAL NOCTURNA Y SU ASOCIACIÓN CON TABAQUISMO. Revista Uruguaya de Medicina Interna. el 17 de marzo de 2021;6(1).
40. Ministerio de Salud Publica. Guía de práctica clínica (GPC) de Diabetes Mellitus tipo 2 . 2017.
41. Julen Ocharan, Mria del Carmen Natalia. Hipertension arterial. Definicion, clínica y seguimiento. Gaceta medica de Bilbao. 2016;113(4):162–70.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Vinicio Xavier Cedeño Pico**, con C.C: # 1310597933 y **Geovanny Josué Colón Gutiérrez**, con C.C: # 0940788185 autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de patrón riser en hipertensos entre 40 y 50 años, en el Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo 2022 y 2023** previo a la obtención del título de **Medico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 14 de octubre del 2024.



Firmado electrónicamente por:
**VINICIO XAVIER
CEDENO PICO**

f. _____

Cedeño Pico, Vinicio Xavier

C.C: **1310597933**



Firmado electrónicamente por:
**GEOVANNY JOSUE
COLON GUTIERREZ**

f. _____

Colón Gutiérrez, Geovanny Josué

C.C: **0940788185**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de patrón riser en hipertensos entre 40 y 50 años, en el Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo 2022 y 2023		
AUTOR(ES)	Cedeño Pico Vinicio Xavier Colon Gutiérrez Geovanny Josue		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Jorge Alejandro Carriel Mancilla		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud.		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de octubre del 2024	No. DE PÁGINAS:	28
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina interna, Cardiología.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hipertensión arterial, patrón riser, factores de riesgo, ritmo circadiano, mapa, prevalencia.		

Introducción: La hipertensión arterial es una patología crónica con gran tasa de morbi-mortalidad en el mundo y en Ecuador, es catalogada como multifactorial y de difícil manejo por su origen incierto y etiología variable. Objetivo: Establecer la prevalencia del patrón riser en hipertensos entre 40 y 50 años en el Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo 2022-2023. Materiales y métodos: Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo realizado en pacientes hipertensos atendidos en la consulta externa del Hospital Naval de Guayaquil durante el periodo de 2022-2023. Resultados: Se trabajó con una muestra de 103 pacientes diagnosticados con hipertensión asociada a patrón riser positivo, equivalente al 25.9% de la población general estudiada durante el periodo 2022-2023, los principales factores de riesgo modificables estudiados en los pacientes según sus historias clínicas fueron el IMC y tabaquismo. Con respecto al IMC se observó que más del 90% de los pacientes estudiados presentaban obesidad o sobrepeso y tan solo 1% de la población se encontraban en su peso ideal. Por otra parte, los fumadores activos representaban tan solo el 15% de todos los pacientes.

Se analizó además los 3 factores de riesgo no modificables más comunes: edad, sexo y diabetes mellitus, obteniendo así los siguientes resultados; en la edad la mayor prevalencia de casos del patrón fue a los 47 años con un 18.4%, en el sexo se observó que prevalece el género masculino con 65% frente al femenino con 35% y la diabetes mellitus fue una variable con poca significancia estadística puesto que tan solo el 6,8% de pacientes con patrón riser la padecían. Por último, caracterizamos las manifestaciones clínicas más comunes, obteniendo como resultados que la mayoría de los pacientes con patrón hipertensivo riser son asintomáticos con una prevalencia de 64.1%, sin embargo, otros presentaron manifestaciones comunes como la cefalea en un 13.6%, las palpitaciones 8.7%, sofocos 7.8% y tinitus en un 5.8%. Conclusiones: Se establece que la prevalencia de pacientes hipertensos con patrón riser corresponde al 25.9%. Esta cifra tiene una importancia significativa, puesto que la población con la que se trabajó corresponde a personas que tienden a realizar trabajos forzados, con cambios de horarios, trasnoches y un alto índice de stress. Hasta el momento no existen estudios regionales, ni registros globales de la importancia de la monitorización ambulatoria de la presión arterial y su grado de importancia para el tratamiento y prevención de las futuras complicaciones.

ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0997017001/0982106094	E-mail: geovanny.colon@cu.ucsg.edu.ec vinicio.cedeno@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Diego Antonio Vásquez Cedeño	
	Teléfono: 0982742221	
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		