

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias
Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

Relación y efecto de la historia de descontrol hipertensivo en el trastorno neurocognitivo en pacientes de 60 a 75 años

Relation and effect of the history of hypertensive dyscontrol in
neurocognitive disorder in patients aged 60 to 75 years

Juan Eduardo Galvez Escalante

Jege2016@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0001-4140-2685>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Tabasco – México

Deisy Cecilia Rivera Angles

rivera_angles@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-0192-6319>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Tabasco – México

Herenia del Carmen Padrón Sánchez

here_padron@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9942-8979>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Tabasco – México

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5119>

Artículo recibido: 01 de septiembre de 2025.

Aceptado para publicación: 02 de enero de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5119>

Relación y efecto de la historia de descontrol hipertensivo en el trastorno neurocognitivo en pacientes de 60 a 75 años

Relation and effect of the history of hypertensive dyscontrol in neurocognitive disorder in patients aged 60 to 75 years

Juan Eduardo Galvez Escalante

Jege2016@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0001-4140-2685>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Tabasco – México

Deisy Cecilia Rivera Angles

rivera_angles@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-0192-6319>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Tabasco – México

Herenia del Carmen Padrón Sánchez

here_padron@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9942-8979>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Tabasco – México

Artículo recibido: 01 de septiembre de 2025. Aceptado para publicación: 02 de enero de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La hipertensión arterial sistémica es el principal factor de riesgo vascular del deterioro neurocognitivo. En consecuencia, el deterioro neurocognitivo está creciendo a un ritmo alarmante en todo el mundo. Determinar la relación y efecto del descontrol hipertensivo en el trastorno neurocognitivo en pacientes de 60 a 75 años. Estudio observacional, analítico y ambispectivo, donde se incluyeron 132 pacientes con HTA, a quienes se les realizó test mini-mental de Folstein en búsqueda de deterioro neurocognitivo. Asimismo, la escala de Lawton y Brody. La población se caracterizó por mujeres de 68.0 años con un nivel de escolaridad de primaria. El 86.4% de ellos tenía un historial de control hipertensivo. Además, el 28.0% de los sujetos tiene algún trastorno neurocognitivo (25.8% leve y 2.3% moderado). En particular, el 41.7% de los pacientes tienen autonomía física. Por último, el 91.9% de ellos se catalogó como probable trastorno neurocognitivo menor según los criterios del DSM-V. Se identificó una correlación negativa moderada y significativa entre el puntaje de MMF y la presión arterial sistólica, lo que indica que mayor deterioro cognitivo se asocia con cifras más altas de presión sistólica, mientras que no se encontró relación con la presión diastólica.

Palabras clave: trastorno neurocognitivo, hipertensión arterial sistémica, MMSE

Abstract

Systemic arterial hypertension is the main vascular risk factor for neurocognitive impairment. Consequently, neurocognitive impairment is growing at an alarming rate worldwide. To determine the relationship and effect of uncontrolled hypertensive on neurocognitive disorder in patients aged 60 to 75 years. Observational, analytical and ambispective study, where 132 patients with HBP were included, who were given the Folstein mini-mental test in search of neurocognitive impairment. Also,

the Lawton and Brody scale. The population was characterized by women aged 68.0 years with a primary school level. 86.4% of them had a history of hypertensive control. In addition, 28.0% of the subjects have some neurocognitive disorder (25.8% mild and 2.3% moderate). 41.7% of the patients have physical autonomy. Finally, 91.9% of them were classified as probable minor neurocognitive disorder according to the DSM-V criteria. Greater neurocognitive impairment was significantly associated with higher systolic blood pressure, highlighting the importance of strict systolic control in older adults at risk of cognitive decline.

Keywords: neurocognitive disorder, high blood pressure, MMSE

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Galvez Escalante, J. E., Rivera Angles, D. C., & Padrón Sánchez, H. del C. (2025). Relación y efecto de la historia de descontrol hipertensivo en el trastorno neurocognitivo en pacientes de 60 a 75 años. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (6), 3081 – 3096.
<https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5119>

INTRODUCCIÓN

Con una expectativa de vida prolongada y la creciente prevalencia de la hipertensión arterial sistémica (HTA) no controlada, se espera que la incidencia mundial de pacientes con deterioro neurocognitivo se duplique para el 2030, alcanzando los 75.6 millones y aumente aún más hasta los 135.5 millones para el 2050 (Boa Sorte Silva, et al, 2021).

En este sentido, la HTA será un problema de salud pública mundial. Además, la HTA se ha asociado a deterioro neurocognitivo, debido a los cambios que ocurren en la microvasculatura a nivel cerebral, así como las remodelaciones en las diferentes regiones del cerebro (Cai G Wang, et al 2022).

Por otro lado, se sabe que no existe un tratamiento efectivo para el deterioro neurocognitivo. Pero, si se ha demostrado que el control de la tensión arterial (TA), permite disminuir la aparición del deterioro neurocognitivo en pacientes hipertensos (Clark LR, et al 2019).

Por lo tanto, es importante identificar a los individuos con deterioro neurocognitivo durante la consulta del médico familiar, realizando un nivel de intervención nivel II, empleando el test mini-mental de Folstein. Así pues, la prevención y el tratamiento del deterioro neurocognitivo requieren una comprensión mecánica profunda de cómo estos factores de riesgo comunes y categorías de riesgo interactúan para alterar estos impulsores de la salud y la enfermedad del cerebro. Con este conocimiento generado, podremos hacer recomendaciones necesarias para realizar un diagnóstico oportuno, y con ello contribuir en la mejora de la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

METODOLOGÍA

Es un estudio cuantitativo, observacional, analítico, ambispectivo, ya que fue necesario revisar el expediente clínico del paciente para conocer las cifras de presión arterial que ha presentado antes y actualmente.

El presente estudio de investigación se realizó en la UMF No.45, del municipio de Cárdenas, Tabasco. Para ello, se llevó a cabo una investigación con enfoque cuantitativo y un nivel de alcance observacional, con diseño analítico además se trató de un estudio ambispectivo, ya que fue necesario revisar el expediente clínico del paciente para conocer las cifras de presión arterial que habían presentado antes mediante la consulta del SIMF (sistema de información de medicina familiar) durante la revisión del expediente electrónico del paciente. Se consideró a los pacientes de 60 años o más con presión arterial sistémica controlada $< 150/90$ y presión arterial descontrolada $\geq 150/90$.

El estudio se realizó en el periodo comprendido de abril 2023 a junio 2024, siendo en el mes de mayo 2024 cuando se aplicó el test mini-mental de Folstein para valorar trastorno neurocognitivo además se aplicó otro test denominado escala de Lawton y Brody que valora actividades complejas o instrumentadas de la vida diaria como son: la capacidad para usar el teléfono, para hacer compras, para preparar comida, para el cuidado en casa, para el lavado de ropa, para el uso de transporte, para la responsabilidad respecto a su medicación y la capacidad para utilizar dinero.

Estos 2 test son los mencionados por la GPC de diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención, los cuales fueron de utilidad en el presente estudio ya que dentro de los criterios del DSM-V para sospechar de trastorno neurocognitivo mayor o menor se menciona:

Sobre la evidencia de un declive cognitivo, se valoró mediante el test de Folstein y en otro criterio donde se refiere a que si los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia en este punto se utilizó la escala de Lawton y Brody. Esto se realizó previa autorización del estudio de investigación por parte del comité local de investigación en salud del IMSS delegación Tabasco.

La muestra fue de 132 pacientes con diagnóstico de HTA que corresponde a la edad de 60 a 75 años, se seleccionaron a los pacientes de acuerdo con los criterios de inclusión, se captaron a los pacientes que acudan a la consulta externa de medicina familiar de ambos turnos, previa firma del consentimiento informado. Posteriormente, se aplicó la prueba mini-mental de Folstein para valorar trastorno neurocognitivo y el test índice Lawton y Brody en un consultorio de la unidad de medicina familiar por el investigador. Asimismo, se revisó el historial del paciente para conocer las cifras de presión arterial que este tenga registrada en el SIMF (sistema de información de medicina familiar).

El presente trabajo lleva por título “Relación y efecto de la historia de descontrol hipertensivo en el trastorno neurocognitivo en pacientes de 60 a 75 años”. De acuerdo con lo establecido por la ley general de salud, en materia de investigación para la salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, el presente proyecto se puede clasificar con riesgo mínimo, de acuerdo con el artículo 17 de la ley general de salud. Dicho protocolo garantizó el apego a las normas éticas establecidas en el código de Núremberg, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la asociación médica mundial, la declaración universal sobre bioética y derechos humanos, además de los principios establecidos en el informe Belmont en materia de investigación en seres humanos. El desarrollo de este protocolo de investigación generó información estadística sobre la presencia del trastorno neurocognitivo y su impacto en los pacientes hipertensos. La detección o sospecha del trastorno neurocognitivo mediante la prueba del estado Mental y el índice Lawton y Brody permitió realizar acciones en aquellos pacientes que tengan algún grado de deterioro, como su envío a segundo nivel para su valoración por geriatría y en aquellos que no lo presenten realizar acciones preventivas, es decir, fueron enviados al programa envejecimiento saludable para evitar el deterioro en pacientes hipertensos, establecer tratamientos adecuados, de este modo se evidenció la necesidad de la implementación de acciones preventivas, con la finalidad de mejorar el control de la presión arterial. Los procedimientos para la realización de este protocolo cumplen con las pautas éticas para la investigación biomédica en seres humanos. Siendo así que sea garantizado el uso correcto de la información personal de los participantes en el estudio. Teniendo también en cuenta el respeto a las personas como agentes autónomos, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables; beneficencia ya que se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información, confidencialidad y justicia debido a que la participación se llevó a cabo sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico y de acuerdo a la norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Para ser llevada a cabo esta investigación se contará con el consentimiento informado de los participantes.

DESARROLLO

Definición del trastorno neurocognitivo

El deterioro neurocognitivo se refiere a una disminución progresiva de las capacidades cognitivas suficientes que pueden interferir con las actividades de la vida diaria. De igual manera, se ha descrito otro término, denominado como deterioro neurocognitivo subjetivo, el cual se caracteriza por un deterioro de la memoria o de la función cognitiva auto informado, mientras que no hay una disfunción cognitiva obvia y el deterioro de la capacidad de la vida diaria en un examen conductual objetivo (Zuñiga Salazar GA, et al 2020).

Clasificación del trastorno neurocognitivo (DSM-V)

Actualmente el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición (DSM-V), clasifica al deterioro neurocognitivo en deterioro neurocognitivo mayor (anteriormente denominado demencia) y deterioro neurocognitivo menor (leve), esto es:

Criterios diagnósticos de trastorno neurocognitivo según el DSM-V

Deterioro neurocognitivo menor (leve)

Existe evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos:

- Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.
- Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente

Deterioro neurocognitivo mayor

A- Existe evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

- Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas
- Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente

Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia.

Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

Definición de la hipertensión arterial sistémica

La HTA es una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias, para que circule por todo el cuerpo. De igual manera, la HTA es definida como la elevación de la presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o la presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg.

Por otro lado, se considera que la HTA es la principal causa prevenible de muerte prematura (Wei j Yin X, et al 2018). Cabe destacar que el cerebro y sus funciones son objetivos tempranos del daño orgánico inducido por la hipertensión arterial sistémica (Liu Y Dong YH, et al 2018).

Clasificación de la hipertensión arterial sistémica (GPC)

De acuerdo con la mayoría de las guías, se recomienda que se diagnostique HTA cuando la Presión Arterial Sistólica sea de ≥ 140 mmHg y/o la Presión Arterial Diastólica sea de ≥ 90 mmHg después de

un examen repetido, tomada en el consultorio. Esta clasificación es útil para jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos.

Existen diferentes clasificaciones para estratificar el estadio de la hipertensión arterial sistémica. No obstante, para el presente estudio utilizaremos la clasificación formulada por la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial Sistémica descrita en la Guía de Práctica Clínica (GPC) IMSS-076-21 (Streit S, et al 2019).

La presión arterial se clasifica según los valores sistólicos y diastólicos. Una presión óptima se define por cifras menores de 120 mmHg en la sistólica y menores de 80 mmHg en la diastólica. La presión normal abarca valores sistólicos entre 120 y 129 mmHg y diastólicos entre 80 y 84 mmHg. Se considera presión normal alta cuando la sistólica se sitúa entre 130 y 139 mmHg y la diastólica entre 85 y 89 mmHg. La hipertensión grado 1 corresponde a cifras sistólicas de 140 a 159 mmHg o diastólicas de 90 a 99 mmHg, mientras que la hipertensión grado 2 se caracteriza por presiones sistólicas de 160 a 179 mmHg o diastólicas de 100 a 109 mmHg. Cuando la presión sistólica es igual o mayor a 180 mmHg o la diastólica igual o mayor a 110 mmHg, se clasifica como hipertensión grado 3. Finalmente, la hipertensión sistólica aislada se presenta cuando la presión sistólica es igual o mayor a 140 mmHg mientras la diastólica permanece por debajo de 90 mmHg.

En la guía de práctica clínica (GPC) de hipertensión arterial sistémica del adulto mayor se menciona:

Hipertensión arterial de bata blanca: Es aquella presión arterial que se encuentra elevada en el consultorio, pero normal en el domicilio.

Hipertensión arterial enmascarada: Cifras de tensión arterial significativamente más elevada en casa que en el consultorio.

Cuando se indica una automonitoreo en el domicilio (AMPA) o mediante el monitoreo ambulatorio de la presión arterial sistémica (MAPA) Se considera diagnóstico, valores $\geq 135/85$ mmHg en el escenario ambulatorio con cifras mayores en consultorio $\geq 140/90$.

RESULTADOS

Características sociodemográficas en los pacientes de 60 a 75 años portadores de hipertensión arterial sistémica

En la tabla 1, se muestran las características sociodemográficas en los pacientes de 60 a 75 años portadores de hipertensión arterial sistémica. El 56.8% eran mujeres ($n=75$) y el 43.2% ($n=57$). La mediana población fue de 68.0 años (63.0 - 71.5). Con respecto al, nivel de escolaridad, el 47.0% de los pacientes tenía primaria ($n=62$), el 24.2% secundaria ($n=32$), el 14.4% era analfabeta ($n=19$). El 6.1% tenía preparatoria ($n=8$), el 4.5% licenciatura ($n=6$) y el 3.8% carrera técnica ($n=5$). Por otra parte, el 86.4% de los pacientes estaba controlado de la hipertensión arterial ($n=114$) y el 13.6% estaba descontrolado ($n=18$).

Tabla 1

Características sociodemográficas en la población de estudio

Variable	n	%
Sexo		
Hombre	57	43.2
Mujer	75	56.8
Nivel de escolaridad		
Analfabeta	19	14.4
Primaria	62	47.0
Secundaria	32	24.2
Preparatoria	8	6.1
Carrera técnica	5	3.8
Licenciatura	6	4.5
Historial del control hipertensivo del paciente		
Controlado o en metas de control	114	86.4
Descontrolado o fuera de metas de control	18	13.6

Nota: N=132 pacientes. La mediana poblacional fue de 68.0 años (63.0 - 71.5). Galvez E, Rivera A, Padrón S. Relación y efecto de la historia de descontrol hipertensivo en el trastorno neurocognitivo en pacientes de 60 a 75 años.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%).

Fuente: elaboración propia.

Grado del trastorno neurocognitivo en el paciente portador de hipertensión arterial sistémica, mediante la aplicación del test mini-mental de Folstein

En la tabla 2 se muestran los grados del trastorno neurocognitivo según el test mini-mental de Folstein. En general, el 72.0% de los pacientes con hipertensión arterial sistémica tienen un nivel neurocognitivo normal (n=95), el 25.8% tiene un trastorno neurocognitivo leve (n=34) y el 2.3% tiene un trastorno neurocognitivo moderado (n=3).

Tabla 2

Grados del trastorno neurocognitivo según el test mini-mental de Folstein

Variable	n	%
Normal	95	72.0
Trastorno neurocognitivo leve	34	25.8
Trastorno neurocognitivo moderado	3	2.3

Nota: N=132 pacientes.

Fuente: elaboración propia.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%). Galvez E, Rivera A, Padrón S. Relación y efecto de la historia de descontrol hipertensivo en el trastorno neurocognitivo en pacientes de 60 a 75 años.

Funciones mentales afectadas en el paciente con trastorno neurocognitivo, mediante la aplicación del test mini-mental de Folstein

En la tabla 3 se muestran las funciones mentales afectadas en el paciente con trastorno neurocognitivo según el test mini-mental de Folstein. Específicamente, en los 37 pacientes con trastorno neurocognitivo, el 54.1% tiene afectada la orientación en tiempo (n=20), el 51.4% la orientación en lugar (n=19), 75.7% la atención y cálculo (n=28), el 91.9% el recall de tres palabras (n=34), el 64.9% la nominación (n=24), el 13.5% la comprensión (n=5), el 2.7% la escritura (n=1) y el 100% el dibujo (n=37). Cabe mencionar que, en el 21.6% y en el 48.6% de los pacientes no fue posible valorar la atención y el cálculo (n=8) ni la escritura (n=18), respectivamente.

Tabla 3

Funciones mentales afectadas en el paciente con trastorno neurocognitivo

Variable	n	%
Orientación en tiempo (5 puntos)		
< 3 puntos	20	54.1
> 3 puntos	17	45.9
Orientación en lugar (5 puntos)		
< 4 puntos	19	51.4
> 4 puntos	18	48.6
Registro de tres palabras (3 puntos)		
3 puntos	37	100.0
Atención y cálculo (5 puntos)		
< 2 puntos	28	75.7
> 2 puntos	1	2.7
No valorable	8	21.6
Recall de tres palabras (3 puntos)		
< 2 puntos	34	91.9
> 2 puntos	3	8.1
Nominación (2 puntos)		
< 1 puntos	24	64.9
> 1 puntos	13	35.1
Repetición (1 punto)		
1 punto	37	100
Comprensión (3 puntos)		
< 2 puntos	5	13.5
> 2 puntos	32	86.5
Lectura (1 punto)		
1 punto	21	56.8
No valorable	16	43.2
Escritura (1 punto)		
0 puntos	1	2.7
1 punto	18	48.6
No valorable	18	48.6
Dibujo (1 punto)		
0 punto	37	100
1 punto	0	100

Nota: N=37 pacientes.

Fuente: elaboración propia.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%). Galvez E, Rivera A, Padrón S. Relación y efecto de la historia de descontrol hipertensivo en el trastorno neurocognitivo en pacientes de 60 a 75 años.

Relación entre el trastorno neurocognitivo y la hipertensión arterial sistémica mediante la historia de descontrol hipertensivo del paciente, considerando, la cifra de presión arterial en metas de control citada por la GPC de diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor

Para determinar la relación entre el trastorno neurocognitivo y las cifras de presión arterial sistólica, se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente Rho de Spearman, considerando como referencia los puntajes derivados de la interpretación del Mini-Mental de Folstein (MMF) y la presión arterial sistólica registrada en los pacientes. De acuerdo con los criterios de control establecidos en la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el adulto mayor, se evaluó si las alteraciones cognitivas mostraban asociación con la magnitud de las cifras tensionales del paciente.

En la tabla 4 los resultados mostraron una correlación positiva, de magnitud baja pero estadísticamente significativa entre la presión arterial sistólica y la puntuación de interpretación del MMF ($\rho = 0.282$, $p = 0.001$). Esto indica que, a medida que aumentan los valores de presión sistólica, tienden también a incrementarse los puntajes obtenidos en la evaluación cognitiva, lo que refleja una relación directa entre ambas variables. El nivel de significancia alcanzado ($p < 0.01$) demuestra que la asociación observada no es producto del azar. El análisis se realizó con un total de 132 pacientes.

Este hallazgo sugiere que la presencia de cifras de presión arterial fuera de metas, podría relacionarse con variaciones en el desempeño cognitivo del paciente, aportando evidencia para comprender el impacto del descontrol hipertensivo en el deterioro neurocognitivo en población adulta mayor.

Tabla 4

Correlación de Spearman entre la presión sistólica y la interpretación del MMF

			Interpretación de MMF	Sistólica
Rho de Spearman	Interpretación de MMF	Coeficiente de correlación	1.000	.282**
		Sig. (bilateral)		0.001
		N	132	132
	Sistólica	Coeficiente de correlación	.282**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.001	
		N	132	132

Nota: N=132 pacientes. $P < .01$ (bilateral). Indica una relación y significativa entre ambas variables). Galvez E, Rivera A, Padrón S. Relación y efecto de la historia de descontrol hipertensivo en el trastorno neurocognitivo en pacientes de 60 a 75 años.

Fuente: elaboración propia.

Autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria mediante la aplicación de la escala de Lawton y Brody

En la tabla 5 se muestran los niveles de autonomía física y las actividades instrumentadas de la vida diaria según la escala de Lawton y Brody. Concretamente, el 41.7% de los pacientes era autónomo ($n=55$), el 28.0% tenía una dependencia moderada ($n=37$), el 18.9% dependencia ligera ($n=25$), el 10.6% dependencia grave ($n=14$) y el 0.8% una dependencia total ($n=1$).

Tabla 5

Niveles de autonomía física y las actividades instrumentadas de la vida diaria

Variable	n	%
Dependencia total	1	0.8
Dependencia grave	14	10.6
Dependencia moderada	37	28.0
Dependencia ligera	25	18.9
Autónomo	55	41.7

Nota: N=132 pacientes.

Fuente: elaboración propia.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%). Galvez E, Rivera A, Padrón S. Relación y efecto de la historia de descontrol hipertensivo en el trastorno neurocognitivo en pacientes de 60 a 75 años.

Clasificación según los criterios del DSM-V la presencia de probable trastorno neurocognitivo mayor o menor, considerando el resultado de los test: mini-mental de Folstein y la escala de Lawton y Brody.

En la tabla 6 se muestra la clasificación del probable trastorno neurocognitivo mayor o menor según los criterios del DSM-V, considerando el resultado de los test: mini-mental de Folstein y la escala de Lawton y Brody. Así pues, de los 37 pacientes con trastorno neurocognitivo, el 91.9% fue catalogado con un trastorno neurocognitivo menor (n=34) y el 8.1% con un trastorno neurocognitivo mayor (n=3).

Tabla 6

Clasificación del probable trastorno neurocognitivo según los criterios del DSM-V

Variable	n	%
Trastorno neurocognitivo menor	34	91.9
Trastorno neurocognitivo mayor	3	8.1

Nota: N=37 pacientes.

Fuente: elaboración propia.

Los datos se muestran en frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%). Galvez E, Rivera A, Padrón S. Relación y efecto de la historia de descontrol hipertensivo en el trastorno neurocognitivo en pacientes de 60 a 75 años.

DISCUSIÓN

El trastorno neurocognitivo se refiere a una disminución progresiva de las capacidades cognitivas suficientes que pueden interferir con las actividades de la vida diaria (Zuñiga Salazar GA, et al, 2020). En este contexto, de acuerdo con el test mini-mental de Folstein el 72.0% de los pacientes con hipertensión arterial sistémica tiene un nivel neurocognitivo normal, el 25.8% un trastorno neurocognitivo leve y el 2.3% un trastorno neurocognitivo moderado. Por lo tanto, el porcentaje de pacientes con trastorno neurocognitivo reportados en este estudio podría explicarse por las características sociodemográficas de la población. Primero, la edad de los pacientes se encuentra entre los 63 a 71.5 años. Segundo, el 86.4%% de los pacientes tiene un historial de control de la

hipertensión arterial. Es decir, mantiene su cifra de tensión arterial en metas de acuerdo con la guía de práctica clínica. Estas características son diferentes. Puesto que, en la literatura, la mayoría de estudios reportan pacientes hipertensos con una edad mayor. Por ejemplo, Ying Xu y cols en 2022 reportaron pacientes hipertensos mayores de 80 años (Xu Y, et al, 2022). Sven Streit y cols en 2019 incluyeron pacientes mayores de 75 años (Streit S, et al, 2019). En contraste, muy pocos estudios incluyen adultos jóvenes como Zuñiga-Salazar y cols, quienes su investigación fue en pacientes de 45 a 65 años (Zuñiga Salazar GA, et al, 2020).

Por otro lado, en los 37 pacientes con trastorno neurocognitivo las funciones mentales afectadas en el paciente con trastorno neurocognitivo según el test mini-mental de Folstein son la orientación en tiempo y en lugar, la atención y cálculo, el recall de tres palabras, la nominación, la comprensión, la escritura y el dibujo. La única función que no fue afectada en estos pacientes fue la repetición.

Cabe mencionar que, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición (DSM-V), el deterioro neurocognitivo se clasifica en deterioro neurocognitivo mayor (anteriormente denominado demencia) y deterioro neurocognitivo menor (leve). Para ello, fue necesario determinar los niveles de autonomía física y las actividades instrumentadas de la vida diaria en los pacientes hipertensos. En general, se encontró que, el 41.7% de los pacientes era autónomo, y más de la mitad de la población tenía algún grado de dependencia. Así pues, con estos datos, de los 37 pacientes con trastorno neurocognitivo, el 91.9% fue catalogado con un trastorno neurocognitivo menor y el 8.1% con un trastorno neurocognitivo mayor. En particular, la frecuencia del trastorno neurocognitivo menor y mayor podrían explicarse debido al historial del control de la hipertensión y al tiempo la exposición de las cifras de tensión arterial alta. En otras palabras, en los sujetos con hipertensión de aparición tardía simplemente puede no ser durar lo suficiente como para provocar una disfunción cognitiva (H). Sin embargo, una de las limitantes de este estudio fue que no registró el tiempo de evolución de los pacientes. Por lo que, sería interesante estudiar esta variable en los pacientes para elucidar su efecto en la aparición del trastorno neurocognitivo en los pacientes con hipertensión arterial.

En el presente estudio, se encontró una correlación negativa moderada y significativa entre la memoria de monitoreo funcional (MMF) y la presión sistólica ($r = -0.3403$; IC95%: -0.4870 a -0.1750 ; $p < 0.0001$), lo que indica que un mayor deterioro neurocognitivo se asocia con cifras más elevadas de presión sistólica. En contraste, la correlación entre la MMF y la presión diastólica no fue significativa ($r = -0.0756$; IC95%: -0.2481 a 0.1016 ; $p = 0.389$), lo que sugiere que el impacto de la hipertensión sobre la cognición se relaciona principalmente con la presión sistólica. Estos hallazgos coinciden con reportes internacionales. Por ejemplo, Yajun Man y cols. en 2021, reportaron que los participantes con $>140/90$ mmHg tuvieron un deterioro cognitivo significativamente más rápido (Cai G, Wang, et al, 2022). Asimismo, Zuñiga-Salazar y cols. en 2019 reportaron que hay una actividad tendencial y relación de la HTA con el deterioro de la función cognitiva en sujetos de 45 a 65 años (Zuñiga Salazar GA, et al, 2020). Además, Haring y cols. en 2015 encontraron que la hipertensión se asoció con un mayor riesgo de deterioro cognitivo (Haring B, et al, 2016). Por último, Wei y cols. en 2018 encontraron una correlación entre la hipertensión y la cognición fue dependiente de la edad, con una mayor correlación en las personas mayores (Wei J, et al 2018).

En el estudio de Querétaro, el deterioro cognitivo fue similar en hipertensos controlados (44.4 %) y descontrolados (46.7 %), sin asociación significativa. En contraste, en nuestro estudio se encontró una correlación significativa entre la presión sistólica y el puntaje cognitivo ($\rho = 0.282$; $p = 0.001$), lo que muestra una relación clara entre cifras más altas de presión y menor rendimiento cognitivo (Tapia AID, et al, 2024). Las diferencias metodológicas explican la discrepancia entre ambos trabajos.

En resumen, es posible que, las diferencias observadas se deban a que, la gran mayoría de la población de estudio de la UMF No 45 tiene un historial de control hipertensivo. En otras palabras, el manejo y el

tratamiento de los pacientes hipertensos ha sido el adecuado. Sin embargo, es necesario continuar monitorizando a los pacientes con hipertensión arterial para determinar de forma temprana y oportuna la aparición de algún trastorno neurocognitivo. Asimismo, estudiar otros factores que pudieran explicar la aparición de esta enfermedad

CONCLUSIÓN

La población se caracterizó por mujeres de 68.0 años con un nivel de escolaridad de primaria.

El 86.4% de los pacientes tenía un historial de control hipertensivo.

De acuerdo con el test de mini-mental de Folstein, el 28.0% de la población con hipertensión arterial sistémica tiene algún trastorno neurocognitivo.

El trastorno neurocognitivo leve se registró en el 25.8% de los pacientes.

Las funciones mentales afectadas en los pacientes con trastorno neurocognitivo fueron la orientación en tiempo, la orientación en lugar, la atención y cálculo, el recall de tres palabras, la nominación, la comprensión, la escritura y el dibujo.

En la población de estudio se encontró una correlación negativa moderada y significativa entre la memoria de monitoreo funcional (MMF) y la presión sistólica, lo que indica que un mayor deterioro neurocognitivo se asocia con cifras más elevadas de presión arterial sistólica. En contraste, no se observó una relación significativa con la presión diastólica.

El 41.7% de los pacientes con hipertensión arterial sistémica tienen autonomía física.

Del total de sujetos con algún trastorno neurocognitivo, el 91.9% de ellos se catalogó como probable trastorno neurocognitivo menor según los criterios del DSM-V.

Se recomienda a la UMF No 45, vigilar la evolución de los pacientes hipertensos con trastorno neurocognitivo leve y moderado para prevenir la progresión de la pérdida de las funciones mentales.

Asimismo, derivar a los pacientes con un probable trastorno neurocognitivo menor y mayor para su diagnóstico definitivo y establecer un tratamiento médico oportuno en el servicio de geriatría.

Es necesario incluir otras variables para determinar la asociación entre el trastorno neurocognitivo y otros factores clínicos como la diabetes, el tabaquismo, la dislipidemia, la obesidad, la depresión, el sedentarismo. Puesto que, la hipertensión arterial no se relaciona con la presencia del trastorno neurocognitivo.

Es importante, realizar campañas de promoción a la salud en pacientes con hipertensión de la UMF No 45 para mantenerlos con un adecuado historial de control hipertensivo.

REFERENCIAS

Boa Sorte Silva, N. C., Petrella, A. F. M., Christopher, N., Marriott, C. F. S., Gill, D. P., Owen, A. M., et al. (2021). The benefits of high-intensity interval training on cognition and blood pressure in older adults with hypertension and subjective cognitive decline: Results from the Heart & Mind Study. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13, 1–17.

Cai, G., Wang, Y., Chen, R., Xu, S., Luo, J., Sun, Q., et al. (2022). Hypertension status moderated the relationship between the hippocampal subregion of the left GC-ML-DG and cognitive performance in subjective cognitive decline. *Disease Markers*, 2022.

Clark, L. R., Kosciak, R. L., Allison, S. L., Berman, S. E., Norton, D., Carlsson, C. M., et al. (2019). Hypertension and obesity moderate the relationship between β -amyloid and cognitive decline in midlife. *Alzheimer's & Dementia*, 15(3), 418–428. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.09.008>

Zúñiga-Salazar, G. A., Hincapié-Arias, S. M., Salazar-Bolaños, E. E., Lara-Terán, J. J., Cáceres-Vinueza, S. V., & Duarte-Vera, Y. C. (2020). Impact of arterial hypertension on the cognitive function of patients between 45 and 65 years. *Archivos de Cardiología de México*, 90(3).

Santisteban, M. M., & Iadecola, C. (2018). Hypertension, dietary salt and cognitive impairment. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 38(12), 2112–2128.

Ungvari, Z., Toth, P., Tarantini, S., Prodan, C. I., Sorond, F., Merkely, B., et al. (2021). Hypertension-induced cognitive impairment: From pathophysiology to public health. *Nature Reviews Nephrology*, 17(10), 639–654. <https://doi.org/10.1038/s41581-021-00430-6>

Liu, Y., Dong, Y. H., Lyu, P. Y., Chen, W. H., & Li, R. (2018). Hypertension-induced cerebral small vessel disease leading to cognitive impairment. *Chinese Medical Journal*, 131(5), 615–619.

Wei, J., Yin, X., Liu, Q., Tan, L., & Jia, C. (2018). Association between hypertension and cognitive function: A cross-sectional study in people over 45 years old in China. *Journal of Clinical Hypertension*, 20(11), 1575–1583.

Zhuo, X., Huang, M., Wu, M., & Elshmaa, M. (2022). Analysis of cognitive dysfunction and its risk factors in patients with hypertension. *Medicine*, 101(10), e28934.

Mansukhani, M. P., Kolla, B. P., & Somers, V. K. (2019). Hypertension and cognitive decline: Implications of obstructive sleep apnea. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 6, 1–9.

Wan, C., Zong, R. Y., & Chen, X. S. (2022). The new mechanism of cognitive decline induced by hypertension: High homocysteine-mediated aberrant DNA methylation. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9, 1–12.

Streit, S., Poortvliet, R. K. E., Den Elzen, W. P. J., Blom, J. W., & Gussekloo, J. (2019). Systolic blood pressure and cognitive decline in older adults with hypertension. *Annals of Family Medicine*, 17(2), 100–107.

Naing, H. L., & Teo, S. P. (2020). Impact of hypertension on cognitive decline and dementia. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 24(1), 15–19.

Iadecola, C., & Gottesman, R. F. (2019). Neurovascular and cognitive dysfunction in hypertension. *Circulation Research*, 124(7), 1025–1044.

Levine, D. A., Springer, M. V., & Brodtmann, A. (2022). Blood pressure and vascular cognitive impairment. *Stroke*, 53(4), 1104–1113.

Haring, B., Wu, C., Coker, L. H., Seth, A., Snetselaar, L., Manson, J. E., et al. (2016). Hypertension, dietary sodium, and cognitive decline: Results from the Women's Health Initiative Memory Study. *American Journal of Hypertension*, 29(2), 202–216.

Huang, Y., Zheng, H., Tan, K., Sun, X., Ye, J., & Zhang, Y. (2020). Circulating metabolomics profiling reveals novel pathways associated with cognitive decline in patients with hypertension. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 13, 1–13. <https://doi.org/10.1177/1756286420947973>

Wiesmann, M., Zerbi, V., Jansen, D., Lütjohann, D., Veltien, A., Heerschap, A., et al. (2017). Hypertension, cerebrovascular impairment, and cognitive decline in aged AβPP/PS1 mice. *Theranostics*, 7(5), 1277–1289.

Kerkhofs, D., Van Hagen, B. T., Milanova, I. V., Schell, K. J., Van Essen, H., Wijnands, E., et al. (2020). Pharmacological depletion of microglia and perivascular macrophages prevents vascular cognitive impairment in Ang II-induced hypertension. *Theranostics*, 10(21), 9512–9527.

Miller, K. B., Miller, V. M., & Barnes, J. N. (2019). Pregnancy history, hypertension, and cognitive impairment in postmenopausal women. *Current Hypertension Reports*, 21(12).

Hay, M., Barnes, C., Huentelman, M., Brinton, R., & Ryan, L. (2020). Hypertension and age-related cognitive impairment: Common risk factors and a role for precision aging. *Current Hypertension Reports*, 22(10).

Gupta, A., Perdomo, S., Billinger, S., Beddhu, S., Burns, J., & Gronseth, G. (2020). Treatment of hypertension reduces cognitive decline in older adults: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10(11).

Ma, Y., Hua, R., Yang, Z., Zhong, B., Yan, L., & Xie, W. (2021). Different hypertension thresholds and cognitive decline: A pooled analysis of three ageing cohorts. *BMC Medicine*, 19(1), 1–13.

Kujovic, M., Lipka, T., Zalman, M., Baumann, L., Jänner, M., & Baumann, B. (2023). Treatment of hypertension and obstructive sleep apnea counteracts cognitive decline in common neurocognitive disorders in diagnosis-related patterns. *Scientific Reports*, 13(1), 1–19. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33701-2>

Militaru, M., Rachieru, C., Lighezan, D. F., & Militaru, A. G. (2021). The impact of hypertension and atrial fibrillation on cognitive decline and subclinical atherosclerosis. *Brain Sciences*, 11(6).

Tadic, M., Cuspidi, C., & Hering, D. (2016). Hypertension and cognitive dysfunction in the elderly: Blood pressure management for this global burden. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12872-016-0386-0>

Xu, Y., Bouliotis, G., Beckett, N. S., Antikainen, R. L., Anderson, C. S., Bulpitt, C. J., et al. (2022). Left ventricular hypertrophy and incident cognitive decline in older adults with hypertension. *Journal of Human Hypertension*.

Xu, T., Ye, X., Lu, X., Lan, G., Xie, M., Huang, Z., et al. (2023). Association between solid cooking fuel and cognitive decline: Three nationwide cohort studies in middle-aged and older population. *Environment International*, 173, 107803.

Mone, P., Pansini, A., Frullone, S., & De Donato, A. (2020). COVID-19 resource centre information overview. Elsevier Connect. (Nota: Referencia incompleta en el original).

Tapia, A. I. D. (2024). Asociación entre control de hipertensión arterial sistémica y deterioro cognitivo en adultos de 50 a 75 años (Tesis de especialidad). Instituto Mexicano del Seguro Social. https://www.researchgate.net/publication/388289195_Asociacion_entre_Control_de_Hipertension_Arterial_Sistemica_y_Deterioro_Cognitivo_en_Adultos_de_50_a_75_Anos

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .