UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA

Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud de Sullana 2023

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora

Herrera Nunjar, Maritza Del Pilar

Asesora

Vicuña De Bardales, Vilma

(Código ORCID: 0000-0002-2841-8260)

Piura – Perú

2023

Índice general

Índice general i
Índice de tablas ii
Palabras Clave iii
Constancia de Originalidad iv
Título v
Resumen vi
Abstract vii
Introducción 1
1. Antecedentes y fundamentación científica 1
2. Justificación de la investigación 20
3. Problema 22
4. Conceptuación y operacionalización de las variables 24
5. Hipótesis 24
6. Objetivos 25
Metodología 26
1. Tipo y diseño de investigación 26
2. Población - muestra 26
3. Técnicas e instrumentos de investigación 28
4. Procesamiento y análisis de la información 28
Resultados 29
Análisis y discusión 40
Conclusiones 44
Recomendaciones 45
Agradecimiento 46
Referencias Bibliográficas 47
Anexos y apéndices 51

Índice de tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas según edad de los adultos mayores de 60 años. 29
Tabla 2 Características sociodemográficas según sexo de los adultos mayores de 60 años. 29
Tabla 3 Descriptivas, grado de instrucción de los encuestados. 30
Tabla 4 Descriptivas, presión arterial de los encuestados. 30
Tabla 5 Factores de riesgo no modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años 31
Tabla 6 Factores de riesgo no modificables que predisponen a hipertensión arterial – antecedentes familiares de obesidad 32
Tabla 7 Factores de riesgo no modificables que predisponen a hipertensión arterial-antecedentes familiares de hipertensión 33
Tabla 8 Factores de riesgo modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años 34
Tabla 9 Factores de riesgo modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años 35
Tabla 10 Factores de riesgo modificables según frecuencia de control de presión arterial en adultos mayores de 60 años 36
Tabla 11 Factores de riesgo modificables frecuencia del control de peso corporal en adultos mayores de 60 años. 37
Tabla 12 Factores de riesgo modificables según frecuencia de control de colesterol en adultos mayores de 60 años. 38
Tabla 13 Medición, correlación de las variables de estudio n=48 39

Palabras Clave:

Factores, Riesgo, Hipertensión, Adultos.

Keywords:

Factors, Risk, Hypertension, Adults.

Líneas de investigación

Línea de Programa	Desarrollo del cuidado enfermero
Área	Ciencias médicas y de la salud
Sub área	Ciencias de la salud
Disciplina	Enfermería

Constancia de Originalidad

USP UNIVERSIDAD SAN PEDRO | VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado **"Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud de Sullana, 2023"** del (a) estudiante: **Maritza Del Pilar Herrera Nunjar,** identificado(a) con **Código Nº 2114100188**, se ha verificado un porcentaje de similitud del 23%, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario Nº 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 4 de Julio de 2023

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Dr. JAVIER MARTINEZ CARRIÓN
VICERRECTOR

NOTA:
Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

anpedro.edu.pe

Urbanización Laderas del Norte H-11
Teléfono: 043 – 483070
vicerrectorado.investigacion@usanpedro.edu.pe
https://investigacion.usanpedro.edu.pe

Título

Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud de Sullana, 2023.

Resumen

Esta investigación tuvo como propósito, determinar los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en Centro de Salud Sullana, 2023. La metodología utilizada fue de tipo básica, correlacional, no experimental y de acuerdo al tiempo trasversal. La muestra de estudio fue de 48 adultos mayores de 60 años, la técnica fue la encuesta y el cuestionario. Resultados: factores de riesgo no modificables: obesidad, el 31,3% padre, 37,5% la madre, 39,6% los hermanos y el 52,1% otros miembros de la familia y en factores modificables, que predisponen a la hipertensión arterial, el 45,8% controla el consumo de frituras en sus alimentos, el 83,4% no consume tabaco, el 81,25% no consume alcohol, el 64,6% no consume alimentos chatarra y el 60,4% no controla su colesterol. La correlación de Pearson, en los factores modificables la correlación fue alta con un *p*=,701 y en los factores no modificables, la correlación fue similar con un *p*=,701, Conclusión: Se determinó que los factores de riesgo están asociados significativamente a la hipertensión arterial, en los factores modificables el control de colesterol, de estrés, control de HTA y de peso; y en los factores no modificables el factor de riesgo estuvo en los antecedentes familiares con HTA, obesidad y HTA de otros familiares.

Abstract

The purpose of this research was to determine the risk factors associated with arterial hypertension in adults over 60 years of age, Clinic Sullana 2023. The methodology used was basic, correlational, non-experimental and according to transversal time. The study sample was 48 adults over 60 years old, the technique was the survey and the questionnaire. Results: non-modifiable risk factors: obesity, 31.3% father, 37.5% mother, 39.6% siblings and 52.1% other family members and modifiable factors that predispose to obesity. arterial hypertension, 45.8% control the consumption of fried foods in their food, 83.4% do not consume tobacco, 81.25% do not consume alcohol, 64.6% do not consume junk food and 60.4% It doesn't control your cholesterol. The Pearson correlation, in the modifiable factors the correlation was high with a p=.701 and in the non-modifiable factors, the correlation was similar with a p=.701, Conclusion: It was determined that the risk factors are significantly associated with high blood pressure, in the modifiable factors cholesterol control, stress, HBP and weight control; and in the non-modifiable factors, the risk factor was in the family history with HTN, obesity and HTN of other relatives

Introducción

1. Antecedentes y fundamentación científica

Antecedentes internacionales

Los estudios internacionales de acuerdo con Amicone (2020) en su tesina efectuada en Argentina, el objeto de la investigación fue, conocer el autocuidado de la salud del adulto en edades de 40 a 80 años. La metodóloga fue, descriptiva no experimental. La muestra fue no probabilística intencional, de 50 personas ambos sexos, el instrumento fue la entrevista. Los resultados revelaron que, los valores de HTA estuvieron por encima de los parámetros establecidos. El 64% presentó comorbilidad de Diabetes, el 56% realizó 2 consultas médicas al año; el 62% recibió tratamiento farmacológico. Referente a los hábitos saludables puede el 54% no realizaban actividad física, el 44% consumían exceso de sal y el 60% no consumían agua al menos un litro diariamente. La principal conclusión fue que, hubo una alta comorbilidad en los pacientes hipertensos, siendo los pacientes diabéticos que presentaron mayor índice se esta enfermedad.

Para Peñaherrera (2020) en su tesis efectuada en Ecuador, el objeto de la investigación fue, determinar la prevalencia y factores de riesgo para Hipertensión Arterial en adultos mayores; la metodología usada fue, cualitativo, investigación de campo, tipo descriptivo, la población de estudio fue de 173 adultos mayores. Los resultados hallados fueron, prevalencia de hipertensión arterial es un 14,45% en los mayores de 80 años, el 40% de adultos tuvieron presiones arteriales grado II, el factor de riesgo fue la pobre adherencia al tratamiento. La investigación concluye que, la hipertensión no controlada desmejora el pronóstico en el tratamiento que reciben los adultos mayores.

De acuerdo con Crespo y Zuñiga (2019) en su tesis efectuada en Ecuador, el objeto de la investigación fue, determinar los factores de riesgo en la hipertensión arterial. El método usado fue el análisis documental, descriptivo, revisión bibliográfica, no experimental. El instrumento la guía de análisis. Resultados, el factor de riesgo con

mayor prevalencia con el 32%, 38% y 41% es el hábito alimenticio, en Estados Unidos y Bolivia el factor con mayor incidencia fue el sobrepeso y obesidad con el 50% y 30%, Chile el 40% seguidos en sobrepeso y obesidad con el 23%, Ecuador factor de riesgo tabaquismo con el 31%; segundo factor con mayor incidencia Brasil sobrepeso y obesidad el 34%. La investigación concluyó que, la hipertensión arterial es una complicación de salud pública que ha ido en aumento en los últimos años, el sobrepeso, obesidad, son los principales factores de riesgos, a ello se le suman el sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol, inadecuados hábitos alimenticios, sexo y antecedentes de familia.

Para los autores Esperanza, Álvarez, Barbecho, y Wong. (2018) investigación realizada en Ecuador, tuvo como objetivo, determinar la frecuencia de la hipertensión arterial en los adultos mayores. La metodología usada fue, descriptivo, la población de 378 adultos mayores, el instrumento toma de presión arterial y encuesta con parámetros sociodemográficos. La investigación arribo a la siguiente conclusión, la frecuencia de hipertensión arterial en los pacientes estudiados 65,1% hipertensas mujeres y 34,9% fueron varones. El 57,6% tuvieron edades de 65 y 74 años, el 41,2% educación primaria terminada, el 76,4% no tenían ocupación remunerada o salarial, el 51,2% no presentaron antecedentes familiares, el 40% hacían actividad física moderadamente moderada y el 41,9% exhibieron obesidad. La investigación concluyo que, la frecuencia de la hipertensión arterial en adultos mayores estudiados superó las cifras mundiales consideradas para el grupo etario de adultos.

Antecedentes nacionales

En los estudios nacionales de acuerdo con Muñoz y Padilla (2021), en su tesis realizada en Pucallpa, tuvo como objetivo identificar las características biológicas, socioculturales y estilos de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial. El método usado fue, descriptivo, transversal, prospectivo y no experimental. La población fue de 90 adultos mayores. Los principales resultados fueron, características biológicas; 56,7% femenino, 66.7% tuvieron IMC normal y el 62,2% sus abuelos sufrieron de hipertensión arterial. La investigación arribo a la siguiente conclusión, los

factores estuvieron relacionados a género femenino, tener antecedentes familiares, hábitos alimentarios apropiados, no consumir tabaco ni alcohol, poseer conocimientos convenientes sobre la hipertensión arterial y seguir el adecuado tratamiento médico.

Según Díaz e Infante (2020) en su investigación efectuada en Trujillo, su objetivo fue, determinar la correlación entre conocimiento en hipertensión arterial y práctica de autocuidado en el adulto mayor. El método usado fue, cuantitativo, tipo descriptivo, correlacional. La población fueron 91 personas, la muestra 41 apacientes. El instrumento dos cuestionarios. Resultados, el 61% de adultos mayores tuvieron adecuadas prácticas de autocuidado, el 39% conocimiento alto y el 22% conocimiento medio, el 39% de adultos mayores tuvieron prácticas inadecuadas. La investigación concluyo que, existió una relación estadística significativa entre prácticas de autocuidado y nivel de conocimiento del adulto mayor.

Para Diaz (2020) en su tesis realizada en Pimentel, tuvo como objetivo, determinar la incidencia y factores de Hipertensión Arterial del adulto. El método usado fue, cuantitativo, no experimental, descriptivo y transversal, la población fue de 220 adultos la muestra fue de 150 pacientes. Resultados, el 57,3% nunca tuvieron un control de la presión arterial, el 86% tuvieron presión alta, en los factores modificables fue un elevado consumo de sal en un 50%, no realizaban de ejercicio físicos el 66,7% y sedentarismo el 47,4%. La investigación concluyo que, la prevalencia de HTA en sus distintos indicadores nos proporciona datos precisos acerca de la condición de salud de la población estudiada.

Según Castañeda y Zelada (2019), en su investigación efectuada en Cajamarca, su objetivo fue, identificar y analizar correlación de factores de riesgo e hipertensión arterial en adultos mayores. El método usado fue, estudio descriptivo, correlacional y transversal, el instrumento utilizado fue un cuestionario semiestructurado. Resultados el 76% fueron mujeres, el 84% estuvieron entre las edades 60 a 79 años, talla promedio 155 cm y peso promedio 62 kg. El 60% presentó hipertensión moderada y el 18,7% leve, el 60% tenían estilo de vida no saludable. Conclusión, no se halló una relación estadística significativa entre las variables de estudio.

Desde la posición de Puican (2019) en su investigación efectuada en Lima, su objetivo fue, determinar el estilo de vida del adulto mayor con hipertensión. Método, observacional, tipo descriptivo de corte transversal y prospectivo. Muestra, 120 personas ancianas. Instrumento, Cuestionario PEPS-I. Resultados, el 60,8% tuvieron estilos de vida no saludables, mientas que el 39,2% saludable. En nutrición el 59,2% tuvieron un estilo no saludable y saludable el 40,8%. En ejercitación, el 94,2% tuvieron un estilo de vida no saludable y saludable el 5,8%. En manejo del estrés, el 90% tuvieron un estilo no saludable y saludable el 10%. Conclusiones, se demostró que el gran porcentaje de estilos de vida no saludables del adulto mayor estuvo centrado en la nutrición, frecuencia de ejercicios, compromiso en la salud y control del estrés.

De acuerdo con Uscata (2019) en su investigación efectuada en Lima, su objetivo fue, determinar los factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos mayores. Metodología, se efectuó una investigación observacional, analítica, casos y controles. La población de estudio fue de 578 formatos de Valoración Geriátrica. Resultados, 319 fueron mujeres representado por el 55,2% y 259 hombres representado por el 44,8%. Conclusiones, los factores de riesgo de hipertensión arterial encontrados en los adultos mayores que fueron atendidos en un Hospital de Lima estuvieron en relación al género femenino, a la edad, padecimiento de diabetes mellitus, dislipidemia y antecedentes familiares de hipertensión arterial.

Antecedentes Regionales

En los estudios locales Carhuachin (2021), en su tesis realizada en Piura, tuvo como objetivo, determinar los factores de hipertensión arterial. El método usado fue cuantitativo, correlacional, transversal, aplicada, no experimental, la población de estudio fueron de 156 pacientes la muestra de 51 personas. El instrumento la observación con una guía de análisis. Los resultados fueron, factores fueron Socioeconómicos, acceso a la salud 51%, terapia y factor concerniente con el paciente 100% existe relación favorablemente entre los factores relacionado al sistema de salud 92,2%. La tesis concluye que, dentro las personas estudiadas hay un porcentaje alto de pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico, el factor principal fue el

socioeconómico que no accede esta terapia médica, se determinó que existió una correlación entre los factores concerniente al acceso del sistema de salud de las personas.

Según Arámbulo (2020) en su investigación realizada en Piura, tuvo como objetivo, determinar los conocimientos referentes a la hipertensión arterial en los pacientes. La metodología utilizada fue, analítico, observacional, retrospectivo, transversal, es utilizó el test de Morisky y el cuestionario, la población de estudio fueron 230, los resultados demostraron que, el 63,9% de los pacientes no tenían un adecuado tratamiento de la HTA, mientras que el 40,9% lo tenían adecuadamente. La tesis concluyó que, Conclusión: existió un adecuado conocimiento en hipertensión arterial influyendo de forma positiva en pacientes hipertensos.

Para Pintado (2019) en su investigación realizada en Piura, tuvo como objetivo, determinar la incidencia de la Hipertensión Arterial en los pobladores. Utilizó un método tipo descriptivo, diseño no experimental, longitudinal. La población estuvo compuesta por 164 habitantes, la muestra de 50 pobladores. Las técnicas fueron la observación y encuesta. El instrumento la ficha técnica y el cuestionario. los Resultados fueron que el 12% fue de prevalencia de Hipertensión Arterial en los pobladores. La tesis concluye que, existió una baja prevalencia de HTA en los pobladores la Urbanización Primavera de la ciudad de Piura.

Desde la posición de Guevara y Calderón (2018), en su investigación realizada en Sullana, tuvo como objetivo, determinar el estilo de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. El método usado fue, cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo, la población fue de 220 pacientes y la muestra de 85 pacientes, el instrumento fue el cuestionario, la técnica la entrevista. Resultados: el 67,06% de los pacientes tuvieron un estilo de vida no saludable y el 32,94% poco saludable. La investigación concluyó que, los pacientes con hipertensión arterial tuvieron inadecuados hábitos alimenticios consumiendo excesivamente azúcar, frituras y poco consumo de verduras algunos días

Fundamentación científica:

La Hipertensión arterial, es definida, como la presencia continua de cifras de presión arterial sistólicas igual o superior a 140 mmHg y presión arterial diastólica de 90 mmHg superior o ambas; no obstante cifras inferiores a dichos límites no indican que haya riesgo (OMS, 2022).

La hipertensión arterial ha sido reconocida como la enfermedad crónica más frecuente en todos los países desarrollados y su mayor incidencia en la población adulta, se calcula que entre 15 y 20%, de las enfermedades la hipertensión es la que demanda más consultas en los servicios de salud y un porcentaje muy elevado requieren de los especialistas en cardiología (OMS, 2022).

La organización mundial de la salud, ha decretado el 14 de mayo como día de la hipertensión arterial para dar a conocer a la población en general lo que significa correr el riesgo de padecer esta patología; así como el daño a la salud que causan los alimentos con alto contenido de grasa, sodio, y el sedentarismo. (Regulo, 2006).

Fisiopatología. La organización funcional de la circulación de la sangre necesita del constante mantenimiento de la presión arterial para asegurar la perfusión hística adecuada, esto es un flujo sanguíneo que responda a los requerimientos permanentes de los parénquimas vitales, como corazón y cerebro, y de otros órganos como los riñones. En condiciones normales y de reposo esto se satisface con una presión arterial media de 90-100 mm Hg. y su constancia depende de un complejo mecanismo de regulación (Regulo, 2006).

La conducción del flujo sanguíneo a los tejidos se realiza a través de un sistema de tubos distensibles, de calibre variado, de diferente composición de pared, que determina tensiones parietales distintas a lo largo del sistema vascular; presenta componentes musculares con funciones de esfínter a nivel de meta arteriolas y arteriolas, que permiten una regulación local del flujo sanguíneo, lo que resulta sustancial para los ajustes según demanda particular; la regulación local está gobernada por factores metabólicos, hormonales y nerviosos (Regulo, 2006).

Como el flujo sanguíneo es continuo y pulsátil (no intermitente ni discontinuo), se puede resumir que la presión arterial resulta de: La cantidad de sangre que ingresa al sistema arterial por unidad de tiempo (Volumen Minuto Cardíaco), la capacidad del sistema, la viscosidad del fluido y la resistencia que opone la luz arteriolar a su salida hacia el sector capilar y venoso (Resistencia Periférica) (Regulo, 2006).

Considerando que tanto la viscosidad sanguínea como la capacidad del sistema arterial, dada su constancia, no participan activamente en la regulación de la presión arterial, puede decirse que todos los mecanismos de regulación de la presión arterial operan a través de Volumen Minuto Cardíaco y Resistencia Periférica (Regulo, 2006).

Estas dos variables, no son las determinantes de la presión arterial, sino que son los mecanismos de los que se vale el sistema regulador para ajustar las cifras tensionales. Si bien existen distintas hipótesis para intentar explicar los mecanismos participantes en la autorregulación de la presión arterial, en general todas desembocan en última instancia en la modificación del radio de las arteriolas, independientemente del control hormonal o nervioso, por eso el nombre de autorregulación. Los mecanismos que intervienen en la autorregulación serían:

Factores metabólicos: como la concentración arterial de O2, CO2 y pH arterial; Calibre de los vasos sanguíneos; Metabolitos vasoactivos; Presión tisular.

Los mecanismos nerviosos están mediados por el sistema nervioso autónomo y otras sustancias no adrenérgicas del tipo de la histamina, o el factor de relajación endotelial, que modifica el calibre del vaso por relajación del músculo liso a través de un mecanismo aún no muy bien dilucidado. Los receptores alfa 1, cuyo mediador químico es la norepinefrina, son los responsables de la vasoconstricción en arteriolas. Los receptores beta 1, cuyo mediador químico es tanto la epinefrina como la norepinefrina, son los responsables del aumento de la frecuencia cardíaca y de la contractilidad miocárdica. Los receptores beta 2, cuyo mediador químico es la epinefrina, son los responsables de la vasodilatación arteriola. Los mecanismos hormonales que participan en la regulación de la presión arterial incluyen el de renina-angiotensina-aldosterona (r-a-a), a través de la acción vasoactiva potente de la angiotensina y de la reabsorción de agua y sodio mediada por la aldosterona. Las prostaglandinas de la

médula renal desempeñan un importante rol como antihipertensoras. La prostaglandina A2 y la prostaglandina E2, a través de la vasodilatación cortical, provocan natriuresis y diuresis junto con vasodilatación periférica para estabilizar la presión arterial. (Blanco y Esteban, 2002).

Formas de hipertensión arterial:

Hipertensión primaria. es la que se presenta en la mayoría de los pacientes (95%). No tiene causa identificable, pero está relacionada a factores hereditarios y sobre todo a estilos de vida inadecuados, como la mala alimentación y el sedentarismo. (Blanco y Esteban, 2002).

Hipertensión secundaria. Es debida a una causa identificable, a veces tratable, como las enfermedades renales y endocrinas. Se afirma que la hipertensión arterial contribuye a la velocidad con que se acumulan placas de ateromas en las paredes arteriales que progresivamente contribuye a la muerte por enfermedad cardiaca, renal y vascular periférica (Blanco y Esteban, 2002).

Por otro lado, la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo modificable de mayor prevalencia en el mundo, es la que participa en el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica cardiovascular, en la morbimortalidad por eventos cardiacos, cerebro vasculares, insuficiencia renal y enfermedad vascular periférica, como riesgo continuo sin evidencia de umbral, hasta por debajo de 115/75 mm Hg, por lo que la expectativa de vida de estos pacientes se encuentra reducida, no obstante, las estadísticas no reflejan de manera precisa las cifras reales. En las personas de edad avanzada, la hipertensión es el factor de riesgo principal para la enfermedad cardiovascular, los índices de predominio probado en la población de edad avanzada, indican que el 20% padecen hipertensión sistémica aislada (Agusti, 2006).

Síntomas. No presenta síntomas en el 80% de los casos, por lo que es llamada la "enfermedad silenciosa". Sin embargo, puede manifestarse con:

- Dolores de cabeza
- Zumbido de oídos

- Mareos
- Visión borrosa o con luces centellantes
- Sangrado por la nariz.

Complicaciones en las crisis hipertensivas.

Accidentes Cerebrovasculares: La hipertensión arterial acompaña muchas veces con cifras elevadas Este ascenso tensional reactivo ejerce un efecto protector inmediato como un intento de mantener una adecuada presión de perfusión cerebral a la zona de " penumbra isquémica " cerebral (Agusti, 2006).

Encefalopatía Hipertensiva: La encefalopatía hipertensiva es el síndrome de disfunción del Sistema Nervioso Central asociada a una crisis hipertensiva. Los pacientes usualmente presentan cefalea, náuseas, vómitos, confusión y alteraciones visuales (Agusti, 2006).

Isquemia Miocárdica: El fundamento del tratamiento antihipertensivo es reducir la resistencia vascular sistémica y mejorar la perfusión coronaria. La disminución de la presión de perfusión coronaria transformará una zona isquémica potencialmente reversible en una zona infartada (Agusti, 2006).

Insuficiencia Renal: La insuficiencia renal puede ser la causa o la consecuencia de la hipertensión arterial severa. El tratamiento de la crisis hipertensiva debe tener en consideración la hemodinámica y considerar, que en las primeras horas posteriores al descenso de la presión arterial la función renal puede empeorar temporariamente (Agusti, 2006).

Tratamiento Farmacológico: El objetivo del tratamiento farmacológico y no farmacológico es disminuir la presión arterial, reducir la morbi-mortalidad cardiovascular asociada a esta enfermedad y evitar la propagación de daños a otros órganos. En el tratamiento farmacológico, los medicamentos deben ser individualizados y escalonados, deben de tener buen perfil hemodinámica, baja incidencia de efectos colaterales, proteger órganos blancos. Entre los más usados tenemos: los diuréticos (Furosemida, Espirolactona) en el caso de que el paciente tenga hipertensión por exceso de volumen, en hipertensión del anciano, y en pacientes que

no manejan una dieta rigurosa, en insuficiencia cardiaca. Los efectos colaterales de estos medicamentos es que puede aumentar el ácido úrico en la sangre y descomponen los electrolitos (Agusti, 2006).

También se usan las betas bloqueadoras (Atenolol, Propanolol, Bisoprolol) que actúan impidiendo los efectos de la adrenalina en el corazón, lo que favorece que las palpitaciones del corazón sean lentas y con menos fuerza, se usan en caso de hipertensión con taquicardia, sus efectos colaterales: reduce el gasto cardiaco, la frecuencia cardiaca y disminuye el volumen sistólico. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensia captopril, enalapril disminuye la tensión de las arterias pequeñas a estrecharse, está indicado en hipertensión arterial esencial, por complicaciones diabéticas, HTA con insuficiencia cardiaca y mala función ventricular, HTA con mala función renal sus efectos colaterales: tos hipotensión, cefalea, edema (Agusti, 2006).

Los vasodilatadores (Nitropruciato de sodio, Hidralazina) se usan en la crisis hipertensiva, en dosis bajas asociados a un diurético y una beta bloqueadora para contrarrestar dicho efecto (Agusti, 2006).

Otro grupo de medicamentos son los alcaloides totales, (Reserpina, Bietaserpina), que suelen usarse una sola vez al día, siempre estarán asociados a diuréticos; por los efectos secundarios a nivel gastrointestinal y cerebral (Agusti, 2006).

Tratamiento no farmacológico:

Reducción de peso: Es importante calcular el índice de masa corporal (peso entre talla al cuadrado), en quienes tienen sobre peso, en ellos se considera importante bajar el 10% de peso, tener un buen control de la presión arterial y efectuar cambios en el estilo de vida durante 3 a 6 meses antes de instituir tratamiento farmacológico (Agusti, 2006).

Restricción en la dieta de sales y minerales (Na y K): En cuanto al consumo de sodio (Na), el paciente debe ingerir solo seis gramos de sal de mesa en los alimentos, teniendo en cuenta que entre los ingredientes que contienen sal están la sal de ajo y

cebolla, los ablandadores de carne, polvo para hornear, sal de soya, Kátsup, salsa inglesa y aderezos ya preparados, los embutidos, salchichería y enlatados (Agusti, 2006).

Consumo de alimentos bajos en grasa, evitar hábitos nocivos. La dieta de los pacientes debe ser baja en dulces y frituras, y rica en alimentos que contengan fibra como: frutas secas y verduras; porque el consumo de grasa saturadas daña las paredes de las arterias impidiendo así la aparición de placas ateroma que terminan obstruyendo las arterias (Aranda, 2011).

Medidas preventivas de hipertensión arterial. El Ministerio de Salud anualmente dedica en el mes de mayo, una semana a la Campaña de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial", con el propósito de informar y sensibilizar a la población sobre la prevención detección de esta enfermedad, así como las serias complicaciones: cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Por lo tanto, se creó una guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención. Cuya finalidad es contribuir en la reducción de la morbilidad cardiovascular secundaria a la enfermedad hipertensiva, con el único objetivo de establecer criterios técnicos para la prevención, el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva, así como la prevención de las potenciales complicaciones siendo el ámbito de aplicación a nacional, regional y local, en todos los establecimientos de salud. (Minsa Perú, 2009) Así tenemos:

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutiva. El objetivo del manejo de la hipertensión arterial es alcanzar niveles de presión arterial < 140/90 mmHg, lo que permite la reducción de las complicaciones cardiovasculares. En personas con diabetes síndrome metabólico o con enfermedad renal, se requiere que el nivel de presión arterial sea < 130/80 mmHg (Minsa Perú, 2009).

Es importante involucrar a la familia en el manejo integral de la persona con hipertensión arterial.

Medidas generales y preventivas.

Dietético: reducción del consumo de sal, desde hace mucho tiempo, en forma empírica se recomienda disminuir la ingesta de sal para el tratamiento de la hipertensión arterial, sin embargo, se conoce poco acerca de los mecanismos en los que está involucrada la sal para el aumento de la presión arterial. Existen evidencias epidemiológicas que explican esta relación y es que por ejemplo en poblaciones con poca ingesta de sal (indios Yanomanos, esquimales) tienen poca prevalencia de hipertensión y si ellos consumen más sal, se incrementa la presión arterial. En múltiples poblaciones el incremento de la presión arterial con la edad está directamente correlacionado con mayores niveles del consumo de sal (Minsa Perú, 2009).

Asimismo, a los que se les da alta carga de sal si están genéticamente predispuestos desarrollan incremento de la resistencia periférica y de la presión arterial. El 60% de los hipertensos son sal sensible y estas variaciones se deben a la heterogeneidad. Existe incremento de las concentraciones de sodio, presente en el tejido vascular y células sanguíneas de la mayoría de los hipertensos (Minsa Perú, 2009).

La restricción de sal a 60-90 mgr/día puede reducir la presión arterial en la mayoría de la gente. Evite el colesterol y los ácidos grasos saturados (grasas animales) y cámbielos por los ácidos grasos poliinsaturados, sobre todo los omega- 3 (que aparecen en los aceites vegetales como el de oliva y en el pescado). Las necesidades diarias de sal están en torno a medio gramo al día (media cucharadita), pero en nuestra dieta normal se consume ocho veces más dicha cantidad. Tomar una dieta pobre en sal. La sal excesiva en la dieta causa retención de líquidos y aumento de la tensión arterial. No tome los siguientes alimentos por su elevado contenido en sodio (Salazar, 2016):

- Sal de cocina de mesa; Carnes saladas, ahumadas; Aceitunas y salazones; Pescados ahumados; Frutos secos; Moluscos y caviar; Condimentos y salsas saladas; Caldos preparados y sopas de sobre.

Ingesta de potasio: La ingesta elevada de potasio, en la dieta, puede proteger el desarrollo de la hipertensión y mejorar el control de las cifras de presión arterial en los pacientes con hipertensión establecida. Debe mantenerse un consumo adecuado, ya que una ingesta inadecuada puede elevar las cifras de presión arterial. El consumo de potasio debe situarse en torno a aproximadamente de 50 ó 90 mmol al día,

preferiblemente a partir de alimentos tales como fruta fresca y vegetales. Durante el tratamiento de los pacientes con diuréticos hay que vigilar la aparición de hipopotasemia y si es necesario corregir ésta en base a suplementos de potasio, sales de potasio o diuréticos ahorradores de potasio (Salazar, 2016).

Reducción del consumo de té y café: Aunque la ingesta de café puede elevar, agudamente, la presión arterial, se desarrolla rápidamente tolerancia, por lo que no parece necesario prohibir un consumo moderado (Salazar, 2016).

Consumo de frutas y verduras: El aumento en el consumo de fruta y verdura reduce, per se, la presión arterial; obteniendo un efecto adicional si se disminuye el contenido de grasa. El consumo habitual de pescado, incorporado en una dieta de reducción de peso, puede facilitar la disminución de la presión arterial en hipertensos obesos, mejorando, además, el perfil lipídico. Por tanto, hay que recomendar una mayor ingesta de fruta, verdura y pescado, reduciendo el consumo de grasas (Salazar, 2016).

Reducción del consumo excesivo de alcohol: En la mayor parte de los estudios, se ha observado que el incremento del riesgo de padecer hipertensión arterial ocurre a partir de consumos superiores a 30 g/día de alcohol puro. La relación entre alcohol y presión arterial observa una forma en J ó U, lo que sugiere que en los no bebedores y en los bebedores que sobrepasan el umbral de 30 g de alcohol/día, la prevalencia de hipertensión arterial es mayor que en los consumidores ligeros de alcohol. Los individuos cuyo consumo de alcohol es de cinco o más bebidas estándares por día, pueden presentar una elevación de la presión arterial tras la supresión aguda de este consumo (Salazar, 2016).

Abandono del tabaco: Existe mucha controversia sobre si el tabaco presenta un efecto presor o no; en general, la mayoría de los estudios indican que en la población fumadora la prevalencia de hipertensión no es mayor que entre la no fumadora. Esta controversia puede tener su explicación en el hecho de que el tabaco es capaz de producir una respuesta presora aguda de pocos minutos de duración (Michelson, 2010).

Actividad física. Como respuesta al entrenamiento físico, en normotensos, se pueden alcanzar reducciones de presión de 4/4 mmHg para sistólica y diastólica respectivamente, diferencia similar a la que se observa entre la población general que realiza ejercicio físico y la que no lo hace. Es conveniente que el ejercicio sea dinámico, prolongado y predominantemente isotónico de los grupos musculares mayores, como por ejemplo una caminata de 30 a 45 minutos a paso rápido, llevada a cabo la mayoría de los días de la semana. Se ha demostrado que el ejercicio físico ligero realizado de forma continuada es capaz de reducir la presión sistólica en casi 20 mmHg en pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 69 años (Michelson, 2010).

Reducción de peso: El sobrepeso / obesidad se considera el factor desencadenante ambiental más importante de los que contribuyen a la aparición de hipertensión. El exceso de grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial y esto es así desde la primera infancia. Por lo tanto, el control ponderal se considera el pilar principal del tratamiento no farmacológico y todos los pacientes con hipertensión y sobrepeso deberían iniciar un programa de reducción de peso, de forma controlada e individualizada, que conllevase una restricción calórica y un aumento de la actividad física (Michelson, 2010).

Emocional:

Relajación. El estrés emocional puede aumentar la tensión arterial de forma aguda, sin embargo, en estudios realizados sobre terapias de relajación y Biofeedback, se ha observado que no tienen un efecto definitivo sobre el control de la presión arterial. Medicina ayurvédica El ayurveda es un sistema tradicional de curación de la India. Es una ciencia aplicada al desarrollo del equilibrio de la mente, el cuerpo, los sentidos y el alma. El ayurveda está conformado por dos palabras en sánscrito: Ayu, que significa “vida” y Veda, que significa “el conocimiento de”. En la medicina ayurvédica, se trata a la persona y no a la enfermedad, según el tipo de cuerpo en general. Los tratamientos ayurvédicos consisten en el uso de remedios a base de hierbas, meditación y cambios dietarios y en el estilo de vida para curar a las personas enfermas y conservar la salud.

Meditación: Qi gong significa “control de la energía” y es una combinación de meditación y diferentes ejercicios para mejorar la salud y la longevidad. Los estudios han demostrado que las personas que practican qi gong han podido reducir de manera considerable la tensión arterial. La acupuntura es otra área de la medicina tradicional china que puede ayudar a reducir la tensión arterial. También puede ayudar a reducir la actividad del sistema nervioso simpático, responsable de los movimientos involuntarios, como el ritmo cardíaco y la tensión arterial. La acupuntura se utiliza con tanta frecuencia en conjunto con la medicina occidental que ya no se considera una medicina alternativa sino una medicina complementaria (Michelson, 2010).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutiva.

Primer nivel de Atención.

Realizar actividades de información, educación, y comunicación en la población general y/o con factores de riesgo cardiovascular.

Promover los cambios de estilo de vida en personas con factores de riesgo cardiovascular.

Realizar tamizaje de hipertensión arterial en la población.

Identificar los factores de riesgo: según las variables de estratificación.

Manejo integral de hipertensos no complicados (cambio de estilo de vida, participación del núcleo familiar, adherencia al tratamiento, entre otros)

Se referirá a establecimientos de salud de mayor resolución a pacientes que presenten los siguientes problemas: Alto riesgo cardiovascular con presencia de múltiples factores de riesgo (Maguiña, 2014).

Los pacientes que requieren manejo de hipertensión arterial con daño de órgano noble (hipertrofia ventricular izquierda, 40 disfunción ventricular izquierda, insuficiencia renal crónica no terminal) serán referidos a centros de tercer nivel.

Manejo de pacientes con complicaciones vasculares agudas (síndromes coronarios agudos, insuficiencia cardiaca descompensada, accidentes cerebro vasculares, dirección de aorta, etc.)

Manejo de paciente con insuficiencia renal crónica terminal.
Manejo de pacientes con hipertensión severa o refractaria al tratamiento.

Factores de riesgo asociados a Hipertensión Arterial

Maguiña, P. (2014). Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc., que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad.

Para Maguiña, P. (2014), la observación en los resultados de los estudios epidemiológicos permitió la identificación de los factores de riesgo. La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la hipertensión arterial. La presente revisión se enfoca a los factores de riesgo tradicionales, modificables y no modificables a los que una persona está expuesta cotidianamente.

Factores No Modificables. Aquellos que por su naturaleza no pueden ser tratados o modificados, como:

Edad y sexo: Se ha encontrado relación directamente proporcional entre el aumento de la edad del individuo y la frecuencia de aparición de las enfermedades cardiovasculares. Cuatro de cada cinco pacientes que fallecen por enfermedad cardiovascular son mayores de 65 años. El mecanismo básico por el que la presión arterial aumenta conforme la edad lo hace, es por la pérdida de la distensibilidad y la elasticidad de las arterias, principalmente en las personas mayores de 50 años y edad mayor de 60 años (59%) (García, et. al, 2016).

Se ha demostrado que la aterosclerosis a menudo se inicia a una edad temprana. En algunos estudios se han demostrado la presencia de estrías grasas en pacientes muy jóvenes, y puede tardar 20-40 años en producir un bloqueo suficiente como para producir un infarto (García, et. al, 2016).

Cuanto más joven sea el paciente a quien se le diagnostique hipertensión arterial mayor es la reducción de vida si se deja sin tratamiento. Los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir HTA que las mujeres, después de la menopausia el riesgo se iguala en ambos sexos (García, et. al, 2016).

Raza: Estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias (García, et. al, 2016).

Herencia: Si uno de los padres tiene hipertensión arterial existe aproximadamente el 25 % de probabilidad de desarrollar la enfermedad en alguna etapa de la vida. Si tanto la madre como el padre tienen la presión alta, se tiene el 60 % de probabilidades de desarrollarla (García, et. al, 2016).

Factores Modificables.

Son aquellos factores asociados al estilo de vida y pueden ser susceptibles de ser controlados y/o modificados por comportamientos saludables. Dentro de estos factores se destacan:

Consumo de tabaco: La presión arterial está ligada al tabaquismo por ser este un factor de riesgo cardiovascular siendo el principal efecto de la nicotina la vasoconstricción. El humo del tabaco actúa sobre las arterias por medio de sus radicales libres disminuyendo el óxido nítrico y lesionado el endotelio, lo cual lleva a la vasoconstricción, disfunción endotelial y ateroesclerosis produciendo aumento de la tensión arterial (García, et. al, 2016).

La nicotina ejerce varios efectos farmacológicos que conduce a un aumento de la tensión arterial, la mayoría de los cuales están relacionados con la estimulación:

- Aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial, volumen sistólico y gasto cardiaco.
- Vasoconstricción cutánea y coronaria.

- Aumento de las concentraciones circulantes de adrenalina y noradrenalina.

Consumo de grasas: En los países industrializados en donde las dietas son ricas en productos con elevadas cantidades de hidratos de carbonos simples, grasa de origen animal y sal en exceso, a la vez que pobres en frutas y verduras frescas. Consumir demasiada grasa, especialmente las grasas sobresaturadas elevan los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia ayuda a reducir el colesterol (García, et. al, 2016).

Obesidad: Existe una sólida relación en los estudios epidemiológicos entre peso corporal y TA o entre obesidad y prevalencia de hipertensión. Obesidad e hipertensión son más frecuentes en individuos de raza negra, así como en niveles socioeconómicos bajos. En el estudio Framingham, por ejemplo, los cambios de peso corporal pronostican cambios de la TA. Un aumento de peso por encima del 20 % del peso ideal aumentaba 8 veces el riesgo de HTA, también existe lo contrario. Una posible explicación de ello es que existe una asociación genética entre el trastorno metabólico que provoca el aumento del peso corporal y la HTA.

Esto se observa en la asociación entre diabetes e hipertensión. Así, epidemiológicamente existe una asociación entre TA elevada, obesidad, resistencia a la insulina y dislipidemia (aumento de triglicéridos séricos y lipoproteínas de baja densidad-colesterol y disminución de lipoproteínas de alta densidad-colesterol).

Existen dos tipos de distribución de la grasa corporal. La distribución corporal superior (androide) que se mide con el cociente cintura/cadera y se asocia a TA elevada, y la distribución ginecoide de la grasa (en caderas, nalgas y muslos).

Es importante tener presente que la verdadera asociación entre peso corporal y TA puede ampliarse por esfigmomanómetros incorrectos. Los obesos desarrollan una resistencia insulínica por la cual las concentraciones plasmáticas de insulina son

mayores y esta aumenta la actividad del sistema simpático y la reabsorción de sodio en los túbulos renales.

Estrés: El estrés conocido como la sensación de amenaza física o psíquica experimentada por el individuo en forma aguda o sostenida, puede provocar hipertensión a través de elevaciones tensionales repetidas determinadas por la estimulación adrenérgica y liberación de hormonas vasoconstrictoras. "Diversos factores se correlacionan con este fenómeno como la hipertensión de guardapolvo blanco", la sobrecarga laboral, factores raciales, presiones del medio social y trastornos emocionales causados en el clima familiar, como también en el clima académico (García, et. al, 2016).

Consumo de alcohol: El consumo de alcohol pronostica el aumento de la TA. Los niveles más elevados de TA se observaban en aquellas personas que consumían 6 ó más unidades de alcohol diarias (1 unidad de alcohol equivale a 8-10g de etanol o aproximadamente a media jarra de cerveza, un vaso de vino o una copa de licor). Se considera excesiva la ingesta de más de 39 cc. De alcohol/día, que equivale a 2 copas de vino o 60 Ml. de ron, whisky, aguardiente o dos cervezas. Cada onza de alcohol eleva la presión arterial, los triglicéridos, el ácido úrico, favorece la presencia de arritmias cardiacas, y su aporte calórico aumenta el riesgo de obesidad (García, et. al, 2016).

El efecto sobre la TA parece ser reversible: los ex bebedores presentan tensiones arteriales similares a las de los no bebedores. El mecanismo presor del alcohol es poco conocido. La caída de la TA que se produce al suspender el alcohol ocurre a las 24-48 horas. Esta rapidez de inicio y finalización del efecto 35 presor puede involucrar al Sistema Nervioso Central, como frecuencia cardiaca y catecolaminas. También se ha postulado la secreción de adrenalina por parte de la glándula suprarrenal junto con la pérdida de sensibilidad de los barorreceptores y los efectos directos del alcohol sobre el tono y la capacidad de reacción de la musculatura lisa vascular. También es

importante que la apnea del sueño se asocia a hipertensión y que ésta es un fenómeno habitual en los individuos con un consumo de alcohol elevado (García, et. al, 2016).

Ingesta de sodio: Un elevado consumo de sal contribuiría al aumento de la TA relacionado con la edad. El mecanismo por el cual la restricción de sal de la dieta provoca la disminución de la TA en la hipertensión arterial esencial es desconocido. No existen evidencias de que el contenido corporal de sodio ni de que el sodio intercambiable esté aumentando en la hipertensión esencial, teniendo en cuenta que, además, probablemente está ligeramente disminuido en jóvenes hipertensos. Sin embargo, en los pacientes hipertensos de edad avanzada el sodio intercambiable se correlaciona con la HTA, apoyando la posibilidad de que el sodio de la dieta pueda contribuir al aumento de TA que se observa con la edad. El consumo recomendado de la OMS que se establece entre 5gr. y 6gr. por persona y día (García, et. al, 2016).

Actividad Física: Sedentarismo o inactividad física se da en aquella persona que no realiza actividad física o ejercicio regular, idealmente aeróbica e isotónica (caminar, nadar o hacer bicicleta) mínimo 3 veces por 36 semana de 30-45 minutos de duración. Se ha sugerido que los individuos sedentarios están en mayor riesgo de desarrollar hipertensión y por ello se recomienda 15 minutos / día. El ejercicio físico previene los desórdenes cardiovasculares, se ha encontrado sedentarismo en el 69% - 71.3% de la población. El ejercicio es un factor protector pues eleva el colesterol HDL, reduce las cifras de hipertensión arterial y disminuye el peso corporal. En un estudio que específicamente utilizó el estado físico de acuerdo a la realización de ejercicio programado se encontró que un bajo nivel de atletismo se asocia con un factor 2.7 veces mayor de mortalidad cardiovascular (García, et. al, 2016).

2. Justificación de la investigación

Justificación teórica: esta investigación se enfoca en establecer teóricamente los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años, siendo unos de los factores más debatidos como el de cambiar los factores de riesgo

modificables de este padecimiento, el cual puede contribuir a una mejor calidad de vida del adulto mayor.

Justificación práctica: la contribución de esta tesis está enmarcada como una propuesta de saber estadísticamente cuales son los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años, que son atendidos en el Centro de Salud Bellavista Sullana, pues de esto dependerá tener resultados exactos de esta problemática de estudio y que repercutirá en las acciones que pudiera tomar la Institución de Salud analizada, con el propósito de prevenir la hipertensión arterial en sus pacientes.

Justificación social: los beneficiados serán los adultos mayores, pacientes en general que puedan estar en riesgo de hipertensión arterial considerando que este padecimiento tiene fatores de riesgo modificable. Con los resultados de esta tesis se beneficiará, además, estudiantes en general, personal a fines de la salud pública y privada y la comunidad en general.

Justificación metodológica: dentro de esta investigación se propone, nuevas formas de evaluar las variables de estudio, por consiguiente, se ha diseñado un nuevo instrumento que permite medir eficazmente las variables de estudio (Hernández, et al, 2014). Este nuevo instrumento permitirá a otras investigaciones poder evaluar y correlacionar estadísticamente las variables de estudio relacionadas a los factores de la hipertensión arterial.

Justificación científica: los resultados hallados en esta tesis servirán de aporte a continuar futuros estudios relacionados a los factores asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores el mismo que permitirá a la solución de futuros problemas con estas variables de estudio.

3. El problema

El problema de esta tesis se encuentra en que la Hipertensión Arterial es una enfermedad cardiovascular que se diagnostica por un signo clínico la elevación de la presión arterial, en el adulto mayor la hipertensión arterial toma como límite una presión arterial sistólica (PAS) igual a 140 mmHg y una presión arterial diastólica igual a 90 mmHg de forma sostenida. Ya que el riesgo cardiovascular del anciano aumenta a medida que lo hace la presión arterial. En el adulto mayor la hipertensión arterial es una patología frecuente en nuestro medio. En los últimos años ha representado en un 25% en la mayoría de los departamentos de alta densidad poblacional. (Peña y Jiménez, 2010)

La incidencia de la hipertensión arterial en el mundo es variante, es más frecuente en Europa y América del Norte como es en Canadá constituyendo un 26%, Alemania y Estados Unidos con un 55%, la prevalencia en la etnia negra es mayor que en la etnia blanca con un 50%. En América del Sur su incidencia es menor. Así mismo, se establece que la HTA incrementa respecto a la edad de las personas mayores de 50 años con un 50%. (OMS, 2012)

En el Perú, la incidencia de hipertensión arterial de la población total es del 23,7% del cual el 13,4% se ven afectados los varones y el 10,3% las mujeres. Además, el 27,3% es frecuente en la población costera, en la selva con un 22,7% y en la serranía con un 22,1%. (Agusti, 2006)

Según el INEI 2 millones 712 mil de la población total constituyen a las personas mayores de 60 años a más, la cual es el 9%. Se estima que para el año 2021, el grupo etario se incremente 3 millones 727 mil. Considerando la población de los adultos mayores anualmente incrementa en un 3,3%. (INEI, 2016)

La Hipertensión Arterial es un factor principal de riesgo para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca y cardiopatía coronaria en el adulto mayor;

su control logra no solo salvar vidas sino también reducir significativamente las limitaciones funcionales y la discapacidad en las personas de edad. (OMS, 2012)

Esta enfermedad se relaciona con múltiples factores de índole económica, social, cultural, ambiental y étnica; la prevalencia se ha mantenido en aumento asociada a patrones dietéticos, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales en su relación con los hábitos no saludable. En consecuencia, es importante llevar estilos de vida saludable para disminuir y controlar el riesgo de tener hipertensión arterial, por lo que recomienda realizar actividad física y tener una alimentación saludable.

Actualmente se evidencia en nuestro medio, la mayoría de pacientes logran controlar su hipertensión arterial al seguir un tratamiento integral que involucra medidas no farmacológicas, enfocadas en el cambio del estilo de vida y mantener una dieta saludable baja en sodio, rica en frutas y verduras; así como el farmacológico que se logra con el fármaco antihipertensivo adecuado, el monitoreo continuo de los valores de presión arterial, la evaluación del daño a órganos como el corazón y el riñón". Sin embargo, es necesario reforzar los hábitos con caminatas y ejercicios (en promedio 150 minutos a la semana), ya que la constante actividad física ayuda a tener una vida más saludable. (OMS, 2012)

Por lo tanto, el personal de enfermería juega una labor importante en sus intervenciones en la comunidad haciendo el seguimiento a las personas diagnosticadas con hipertensión arterial. En ese sentido, debe recibir el asesoramiento y seguimiento del no farmacológico y en el cumplimiento terapéutico farmacológico.

En el centro de salud de Bellavista, acuden al consultorio de medicina los adultos mayores para su control médico y en mayoría al ser controlados la presión atrial están por encima de las cifras de 140/90 mmHg. Al ser interrogados sobre su alimentación y actividades diarias expresan que no sienten bien cuando toman las pastillas y no

tienen ánimo para caminar o los alimentos que consumen no les gusta porque no tienen sabor.

La formulación del problema es la siguiente:
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud de Sullana, 2023?

4. Conceptuación y operacionalización de las variables

La conceptuación y Operacionalización de las variables tiene su definición conceptual en que la Hipertensión Arterial es la elevación anormal de la presión arterial sistólica y/ o diastólica. Se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y a la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

La definición operacional, el instrumento medirá los factores de riesgo modificables y no modificables, así como el factor socioeconómico de la hipertensión arterial del adulto mayor de 60 años de edad.

Su definición conceptual de factores de riesgo, son características o rasgos que aumentan la probabilidad de sufrir de Hipertensión arterial.

La definición operacional, el instrumento medirá los factores de riesgo modificables y no modificables, de la hipertensión arterial del adulto mayor de 60 años de edad y poder determinar cómo influyen estos en el paciente que se atiende en el Centro de Salud analizado.

5. Hipótesis

La hipótesis será H_1: Los factores de riesgo están asociados significativamente a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud de Sullana 2023; y, H_0: Los factores de riesgo no están asociados significativamente a la

hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud de Sullana 2023.

6. Objetivos

Objetivo General:

- Determinar los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud de Sullana 2023; y,

Objetivos Específicos:

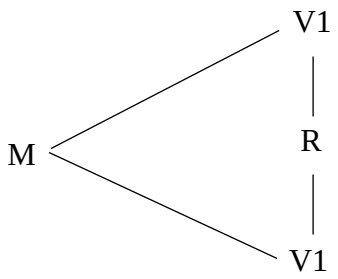
- Determinar las características socioeconómicas de los adultos mayores de 60 años
- Identificar los factores de riesgo no modificables asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años
- Identificar los factores de riesgo modificables asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años.

Metodología

1. Tipo y Diseño de investigación

De acuerdo a su finalidad, la investigación fue básica, lo que permitió producir conocimientos referentes a la hipertensión y factores de riesgo en los adultos mayores. (CONCYTEC, 2018; Hernández et al., 2014)

De acuerdo a su alcance, correlacional, considerando que se asociaron las variables de estudio para medir sus consecuencias. No experimental, ya que se estudiaron las variables de estudio sin manipularlas (Hernández et al., 2014).



M: muestra de estudio

V: variables a analizar

R: consecuencia de las variables.

Según el tiempo, la presente investigación fue transversal, debido a que el instrumento pue utilizado en una sola oportunidad dentro de un determinado tiempo. (Hernández et al., 2014)

2. Población - Muestra

Población:

La población estuvo constituida por un total de 55 adultos mayores de 60 años atendidos en el Centro de Salud de Bellavista Sullana del programa de Estrategia Enfermedades No Trasmisibles.

Muestra:

$$n = \frac{Z^2 p\ q\ N}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

N: es el tamaño de la población.

α: es el valor del error 5% = **0.05**

Z= 1.96

p = probabilidad de éxito= **0.5.**

q= probabilidad de fracaso**= 0.5**

n: es el tamaño de la muestra.

Reemplazando:

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 55}{54 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{52{,}8}{1{,}09}$$

$$n = 48{,}44$$

$n =$La muestra estuvo compuesta por 48 adultos mayores de 60 años atendidos en el Centro de Salud de Bellavista. Sullana

La muestra por su elegibilidad fue probabilística.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

Adultos mayores de 60 años de edad que acepten participar en el estudio

Adultos mayores de 60 años que presentan hipertensión arterial

Exclusión:

Adultos menores de 60 años de edad

Adultos mayores de 60 años que no presentan hipertensión arterial

Adultos mayores de 60 años que no acepten participar en el estudio

3. Técnicas e instrumentos de investigación:

En el estudio se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario elaborado por Maguiña, P. (2014). Así, mismo lo sometió la validez a juicio de expertos y la confiabilidad a través de Alfa de Cronbach= 0,792>0.6

El cuestionario está conformado por: Presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos en relación a los factores no modificables y modificables. Consta de 45 Ítems entre los cuales se formula preguntas cerradas entre dicotómicas y de opción múltiple, así como también preguntas abiertas. El método de evaluación de las preguntas del cuestionario fue para cada respuesta asignados en puntaje de: Presente 1 punto Ausente 0 puntos.

4. Procesamiento y análisis de la información

Se procedió al recojo de la información aplicando los instrumentos, posteriormente se llevó a cabo la tabulación y evaluación de datos. Luego se procesaron en base de datos utilizando el paquete SPSS versión 26. Finalmente se interpretaron los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.

Resultados

Tabla 1

Características sociodemográficas según edad de los adultos mayores de 60 años.

Dimensión	n=48	fi	Fi
Entre 60 y 64 años	19	19	39,6%
Entre 65 y 69 años	18	37	37,5%
Entre 70 y 74 años	5	42	10,4%
Entre 74 a 79 años	6	48	12,5%

De acuerdo con la tabla 1, tenemos que el 39,6% se encuentran entre 60 a 64 años, el 37,5% entre 65 a 69 años, el 12,5% de 74 a 79 años y el 10,4% entre 70 a 74 años, del total de la población encuestada.

Tabla 2

Características sociodemográficas según sexo de los adultos mayores de 60 años.

Dimensión	n=48	fi	Fi
Masculino	19	19	39,6%
Femenino	29	48	60,4%

De acuerdo con la tabla 2, el 60,4% fueron sexo femenino y el 39,6% masculino, de la población estudiada.

Tabla 3

Descriptivas, grado de instrucción de los encuestados.

Dimensión	n=48	fi	Fi
Primaria	15	15	31,3%
Secundaria	28	43	58,3%
Técnico superior	4	47	8,3%
Superior	1	48	2,1%

En la tabla 3, se aprecia que, el grado de instrucción fue, el 58,3% con estudios secundarios, el 31,3% con primaria, el 8,3% con carrera técnica superior y el 2,1% superior.

Tabla 4

Intervalo, presión arterial de los encuestados.

Dimensión	n=48	fi	Fi
Mayor a 130/85 a 140/90	35	35	72,9%
Entre 120 /80 a 130/85	12	47	25,0%
Menor de 120/80	1	48	2,1%

En la tabla 4, referente a valores de presión, el 72,9% estuvieron dentro de los valores a 130/85 a 140/90; el 25,0% estuvieron entre 120 /80 a 130/85 y, el 2,1% tuvo menos de 120/80 mmhg.

Tabla 5

Factores de riesgo no modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años

Dimensión	n=48	fi	Fi
Antecedente de Obesidad			
Si	19	19	40,10%
No	29	48	59,90%
Antecedente de Hipertensión Arterial			
Si	25	25	51,0%
No	23	48	49,0%

En la tabla 5, podemos evidenciar que los factores de riesgo no modificables de los adultos mayores que predispones a hipertensión, según antecedentes familiares: para obesidad, el 59.9 % no presentan antecedentes y el 40,1% si presenta antecedentes de obesidad. Para antecedentes de hipertensión el 51% si presenta y el 49% no presentan antecedentes de hipertensión arterial.

Tabla 6

Factores de riesgo no modificables que predisponen a hipertensión arterial-antecedentes familiares de obesidad

Dimensión	n=48	fi	Fi
Padre			
Si	15	15	31,30%
No	33	48	68,70%
Madre			
Si	18	18	37,50%
No	30	48	62,50%
Hermanos			
Si	19	19	39,60%
No	29	48	60,40%
Otro miembro de la familia			
Si	25	25	52,10%
No	23	48	47,90%

La tabla 6, presenta los factores de riesgo no modificables según dimensión antecedentes familiares: Si presenta este factor de riesgo de obesidad, el 31,3% el padre, el 37,5% la madre, el 39,6% los hermanos y el 52,1% otros miembros de la familia.

Tabla 7

Factores de riesgo no modificables que predisponen a hipertensión arterial-antecedentes familiares de hipertensión

Dimensión	n=48	fi	Fi
Padre			
Si	22	22	48,80%
No	26	48	54.20%
Madre			
Si	19	19	39,60%
No	29	48	60,40%
Hermanos			
Si	24	24	50,0%
No	24	48	50,0%
Otro miembro de la familia			
Si	34	34	70,80%
No	14	48	29,20%

En la tabla 7, referente a los antecedentes de hipertensión arterial Si presentan este factor de riesgo como antecedente el 45,8% el padre, el 39,6% la madre, el 50% los hermanos y el 70,8% otros miembros de la familia. y diferencia porcentual no presenta esos factores de riesgo.

Tabla 8

Factores de riesgo modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años

Dimensión	n=48	fi	Fi
Control de la presión arterial			
Si	30	30	62,50%
No	18	48	37,50%
Control del índice masa corporal			
Si	35	35	72,90%
No	13	48	27,10%
Control del colesterol			
Si	19	19	39,60%
No	29	48	60,40%
Consumo de sal			
Si	25	25	52,10%
No	23	48	47,90%

La tabla 8, muestra los factores modificables, que predisponen a hipertensión arterial, el 72,9% si controla su índice de masa corporal, el 62,5% controla su presión arterial, el 52% controla el consumo de sal.

Tabla 9

Factores de riesgo modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años

Dimensión	n=48	fi	Fi
Consumo de alimentos (comida chatarra, carnes)			
Si	17	17	35,40%
No	31	48	64,60%
Consumo de frituras			
Si	22	22	45,80%
No	26	48	54,20%
Consumo de tabaco			
Si	8	8	16,60%
No	40	48	83,40%
Consumo de alcohol			
Si	9	9	18,75%
No	39	48	81,25%
Inactividad física			
Si	22	22	45,80%
No	26	48	54,20%
Presencia de estrés			
Si	16	16	33,30%
No	32	48	29,20%

La tabla 9, muestra los factores modificables, que predisponen a hipertensión arterial, el 45,8% controla el consumo de frituras en sus alimentos, entre otros y el 83,4% no consume tabaco, el 81,25% no consumo alcohol, el 64,6% no consume alimentos chatarra, el 60,4% no controla su colesterol. Para la interpretación se consideró los datos más resaltantes.

Tabla 10

Factores de riesgo modificables según frecuencia de control de presión arterial en adultos mayores de 60 años

Dimensión	n=48	fi	Fi
A la semana	10	10	20,83%
A los 15 días	8	18	16,67%
Al mes	15	33	31,25%
Cada 2 meses	5	38	10,42%
Cada 3 meses	3	41	6,25%
Cada 6 meses	0	41	0,00%
Al año	0	41	0,00%
Otro (no se controla)	7	48	14,58%

La tabla 10, muestra la frecuencia del control de la presión arterial de la población mayor de 60 años en estudio, tenemos: el 20,83% lo realizaba a la semana, el 16,67% a los 15 días, el 31,25% al mes, el 10,42% cada 2 meses, el 6,25% cada 3 meses, cada 6 meses y al año 0% y no se controla el 14,58%.

Tabla 11

Factores de riesgo modificables frecuencia del control de peso corporal en adultos mayores de 60 años.

Dimensión	n=48	fi	Fi
A la semana	3	3	6,25%
A los 15 días	5	8	10,42%
Al mes	5	13	10,42%
Cada 2 meses	0	13	0,00%
Cada 3 meses	0	13	0,00%
Cada 6 meses	0	13	0,00%
Al año	20	33	41,67%
Otro (no se controla)	15	48	31,25%

La tabla 11, nos presenta la frecuencia del control de peso de las personas con hipertensión, tenemos: el 6,25% lo realizaba a la semana, el 10,42% a los 15 días, el 10,42% al mes, el 0% cada 2 meses, el 0% cada 3 meses, el 0% cada 6 meses, al año 41,67% y no se controla el 31,25%.

Tabla 12

Factores de riesgo modificables según frecuencia de control de colesterol en adultos mayores de 60 años.

Dimensión	n=48	fi	Fi
A la semana	1	1	2,08%
A los 15 días	2	3	4,17%
Al mes	10	13	20,83%
Cada 2 meses	0	13	0,00%
Cada 3 meses	10	23	20,83%
Cada 6 meses	6	29	12,50%
Al año	4	33	8,33%
Otro (no se controla)	15	48	31,25%

La tabla 12, nos hace evidente la frecuencia de control de colesterol de la población en estudio, tenemos: el 2,08% lo realizaba a la semana, el 4,17% a los 15 días, el 20,83% al mes, el 0% cada 2 meses, el 20,83% cada 3 meses 20,83%, cada 6 meses 12,50%, al año 8,33%% y no se controla el 31,25%.

Tabla 13

Medición, correlación de las variables de estudio n=48

Dimensión	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*
Factores de riesgo modificables (consumo de sal, sazonadores, frituras, no consumo de frutas y lácteos)	*,701**	-.-				
Factores de riesgo no modificables (antecedentes familiares, obesidad hipertensión arterial)		,725*				
Sociodemográficas			,002*			
Grado de instrucción				,001*		
Control de HTA					,0003*	
Prueba de hipótesis						,067**

p<.05; p<.05***

En la correlación de Pearson, las variables de estudio en la tabla 12 se exhibe que, los factores de riesgo modificables (consumo de sal, sazonadores, frituras, no consumo de frutas y lácteos), tuvieron una correlación positiva alta con un *p*=,701, en los factores de riesgo no modificables (antecedentes familiares, obesidad hipertensión arterial), la correlación fue similar con un *p*=,701, sin embargo no se halló una correlación significativa para las variables, Sociodemográficas, Grado de instrucción y Control de HTA. La prueba de hipótesis de Shapiro - Wilks rechazo la hipótesis nula con un *p*=,067 mayor al esperado.

Análisis y discusión

El presente estudio busco determinar los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años, en consideración que la hipertensión arterial en el adulto mayor representa un problema creciente de salud pública, por ser un trastorno progresivo capaz de producir daños irreversibles en las paredes arteriales de órganos tan importantes como el corazón, los riñones o el cerebro sin presentar ninguna sintomatología.

Los resultados del presente estudio, de acuerdo con la tabla 1, tenemos que el 39,6% se encuentran entre 60 a 64 años, el 37,5% entre 65 a 69 años, el 12,5% de 74 a 79 años y el 10,4% entre 70 a 74 años, del total de la población encuestada.

Esto resultados se asemejan con los encontrados por los autores Esperanza, Álvarez, Barbecho, y Wong. (2018) donde los pacientes estudiados el 65,1% fueron hipertensas mujeres y el 34,9% fueron varones. El 57,6% tuvieron edades de 65 y 74 años, el 41,2% educación primaria terminada, el 76,4% no tenían ocupación remunerada o salarial, el 51,2% no presentaron antecedentes familiares, el 40% hacían actividad física moderadamente moderada y el 41,9% exhibieron obesidad.

De acuerdo con la tabla 2, el 60,4% fueron sexo femenino y el 39,6% masculino, de la población estudiada.

Estos resultados guardan relación con los encontrados por los autores Castañeda y Zelada (2019), donde el 76% de la población analizada fueron mujeres, el 84% estuvieron entre las edades 60 a 79 años, talla promedio 155 cm y peso promedio 62 kg. El 60% presentó hipertensión moderada y el 18,7% leve, el 60% tenían estilo de vida no saludable.

En la tabla 3, se aprecia que, el grado de instrucción fue, el 58,3% con estudios secundarios, el 31,3% con primaria, el 8,3% con carrera técnica superior y el 2,1% superior.

Al respecto, Carhuachin (2021). Estableció en su investigación que, los factores fueron Socioeconómicos, acceso a la salud 51%, terapia y factor concerniente con el paciente

100% existe relación favorablemente entre los factores relacionado al sistema de salud 92,2%.

En la tabla 4, referente a valores de presión, el 72,9% estuvieron dentro de los valores a 130/85 a 140/90; el 25,0% estuvieron entre 120 /80 a 130/85 y, el 2,1% tuvo menos de 120/80 mmhg.

Al respecto, Peñaherrera (2020) estableció en su investigación que, los resultados hallados fueron, prevalencia de hipertensión arterial es un 14,45% en los mayores de 80 años, el 40% de adultos tuvieron presiones arteriales grado II, el factor de riesgo fue la pobre adherencia al tratamiento. Otras investigaciones han señalado que, el 12% fue de prevalencia de Hipertensión Arterial en los pobladores. (Pintado, 2019)

En la tabla 5, podemos evidenciar que los factores de riesgo no modificables de los adultos mayores que predispones a hipertensión, según antecedentes familiares: para obesidad, el 59.9 % no presentan antecedentes y el 40,1% si presenta antecedentes de obesidad. Para antecedentes de hipertensión el 51% si presenta y el 49% no presentan antecedentes de hipertensión arterial.

Al respecto, los autores Crespo y Zuñiga (2019) en su investigación determinaron que, el factor de riesgo con mayor prevalencia con el 32%, 38% y 41% es el hábito alimenticio, en Estados Unidos y Bolivia el factor con mayor incidencia fue el sobrepeso y obesidad con el 50% y 30%, Chile el 40% seguidos en sobrepeso y obesidad con el 23%, Ecuador factor de riesgo tabaquismo con el 31%; segundo factor con mayor incidencia Brasil sobrepeso y obesidad el 34%.

La tabla 6, presenta los factores de riesgo no modificables según dimensión antecedentes familiares: Si presenta este factor de riesgo de obesidad, el 31,3% el padre, el 37,5% la madre, el 39,6% los hermanos y el 52,1% otros miembros de la familia, así mismo en la tabla 7, referente a los antecedentes de hipertensión arterial Si presentan este factor de riesgo como antecedente el 45,8% el padre, el 39,6% la madre, el 50% los hermanos y el 70,8% otros miembros de la familia. y diferencia porcentual no presenta esos factores de riesgo.

Al respecto, Muñoz y Padilla (2021), en su tesis realizada en Pucallpa, demostraron que, las características biológicas; 56,7% femenino, 66.7% tuvieron IMC normal y el 62,2% sus abuelos sufrieron de hipertensión arterial.

La tabla 8, muestra los factores modificables, que predisponen a hipertensión arterial, el 72,9% si controla su índice de masa corporal, el 62,5% controla su presión arterial, el 52% controla el consumo de sal.

Al respecto, Diaz (2020) estableció en su investigación que, el 57,3% nunca tuvieron un control de la presión arterial, el 86% tuvieron presión alta, en los factores modificables fue un elevado consumo de sal en un 50%, no realizaban de ejercicio físicos el 66,7% y sedentarismo el 47,4%.

La tabla 9, muestra los factores modificables, que predisponen a hipertensión arterial, el 45,8% controla el consumo de frituras en sus alimentos, entre otros y el 83,4% no consume tabaco, el 81,25% no consumo alcohol, el 64,6% no consume alimentos chatarra, el 60,4% no controla su colesterol.

Al respecto, Guevara y Calderón (2018). En su investigación demostró que, el 67,06% de los pacientes tuvieron un estilo de vida no saludable y el 32,94% poco saludable. La investigación concluyó que, los pacientes con hipertensión arterial tuvieron inadecuados hábitos alimenticios consumiendo excesivamente azúcar, frituras y poco consumo de verduras algunos días

La tabla 10, muestra la frecuencia del control de la presión arterial de la población mayor de 60 años en estudio, tenemos: el 20,83% lo realizaba a la semana, el 16,67% a los 15 días, el 31,25% al mes, el 10,42% cada 2 meses, el 6,25% cada 3 meses, cada 6 meses y al año 0% y no se controla el 14,58%.

Al respecto, Amicone (2020) estableció en su investigación que, el 64% presentó comorbilidad de Diabetes, el 56% realizó 2 consultas médicas al año; el 62% recibió tratamiento farmacológico. Referente a los hábitos saludables puede el 54% no realizaban actividad física, el 44% consumían exceso de sal y el 60% no consumían agua al menos un litro diariamente.

La tabla 11, nos presenta la frecuencia del control de peso de las personas con hipertensión, tenemos: el 6,25% lo realizaba a la semana, el 10,42% a los 15 días, el 10,42% al mes, el 0% cada 2 meses, el 0% cada 3 meses, el 0% cada 6 meses, al año 41,67% y no se controla el 31,25%.

Al respecto, Díaz e Infante (2020) en su investigación demostró que, el 61% de adultos mayores tuvieron adecuadas prácticas de autocuidado, el 39% conocimiento alto y el 22% conocimiento medio, el 39% de adultos mayores tuvieron prácticas inadecuadas. La investigación concluyo que, existió una relación estadística significativa entre prácticas de autocuidado y nivel de conocimiento del adulto mayor.

La tabla 12, nos hace evidente la frecuencia de control de colesterol de la población en estudio, tenemos: el 2,08% lo realizaba a la semana, el 4,17% a los 15 días, el 20,83% al mes, el 0% cada 2 meses, el 20,83% cada 3 meses 20,83%, cada 6 meses 12,50%, al año 8,33%% y no se controla el 31,25%.

Estos resultados coinciden con los realizados por Puican (2019) en su investigación efectuada en Lima, donde los resultados demostraron que, el 60,8% tuvieron estilos de vida no saludables, mientas que el 39,2% saludable. En nutrición el 59,2% tuvieron un estilo no saludable y saludable el 40,8%. En ejercitación, el 94,2% tuvieron un estilo de vida no saludable y saludable el 5,8%. En manejo del estrés, el 90% tuvieron un estilo no saludable y saludable el 10%.

Conclusiones

Se determinó que los factores de riesgo están asociados significativamente a la hipertensión arterial, en los factores modificables, control de colesterol, de estrés, control de HTA (solo lo hacen una vez al mes) y el control del peso; y en los factores no modificables los pacientes presentaron factores de riesgo en antecedentes familiares con HTA, obesidad y HTA de otros familiares.

Se determinaron las características socioeconómicas de los adultos mayores de 60 años, estando la mayoría entre las edades de 60 a 69 años, de sexo femenino, con estudios de secundaria, con IMC menos del 30%.

Se identificaron los factores de riesgo no modificables asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años, siendo estos los asociados con los antecedentes familiares, obesidad e hipertensión arterial

Se identificaron los factores de riesgo modificables asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años, los mismos que estuvieron asociados con las dietas, con el consumo de sal, uso de sazonadores, consumo de frituras, no consumo frutas y el no consumo de productos lácteos.

Recomendaciones

Generar estrategias de educación a los pacientes y familiares para desarrollar programas de promoción y prevención en el servicio de salud.

Al personal de enfermería, durante la atención del paciente con diagnóstico de Hipertensión Arterial concientizarlos sobre su autocuidado para reducir las complicaciones.

Crear programas referentes a conductas modificables en favor de la población en general en bienestar de su salud.

Crear programas en prevención contra la HTA.

Agradecimiento

A mi asesora Dra. Vicuña De Bardales, Vilma, por su valiosa colaboración.

Agradecer primero a Dios por darme esa fortaleza para levantarme cada día bien y lleno de energía para cumplir lo más preciado de mi vida, también en todos estos años que duró mi formación profesional.

Agradecer también a mis padres por brindarme su apoyo en todo momento, también agradecido por los profesionales que me están colaborando acerca de la validación para mi tesis

También a mi familia que es el, mejor apoyo para mí. Gracias

Referencias Bibliográficas

Agusti, R. (2006). Acta Médica Peruana. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. *Acta Médica Peruana*, *23*(2), 69-75. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005

Amicone, S. (2020). *Control y cuidado de pacientes con hipertensión arterial en el centro de salud del barrio mataderos, de la Ciudad de Santa Rosala Pampa* (Tesina para título profesional, Universidad Nacional de la Pampa Argentina). Recuperado de https://repo.unlpam.edu.ar/bitstream/handle/unlpam/7944/Tesina%20Amicone.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Arámbulo, R. (2020). *Conocimientos sobre hipertensión arterial y su asociación con adherencia al tratamiento Hospital Cayetano Heredia Piura 2018* (Tesina para título profesional, Universidad Privada Antenor Orrego). Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6052/1/REP_MEHU_RAUL.ARAMBULO_CONOCIMIENTOS.HIPERTENSION.ARTERIAL.ASOCIACION.ADHERENCIA.TRATAMIENTO.HOSPITAL.CAYETANO.HEREDIA.PIURA.2018.pdf

Aranda, P. (2011). Actualización del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos. España. *Revista médica*. 20(1), 18,35. Recuperado de www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001179documento.pdf

Blanco, S. y Esteban, F. (2002). Envejecimiento y Neurodegeneración. *Rev. Neurol. 31*(11), 1054-1065. Recuperado de https://www.academia.edu/download/45056010/Envejecimiento_y_neurodegeneracin_bases_20160424-28956-1cl3694.pdf

Carhuachin, Y. (2021). *Factores relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial en el establecimiento de Salud I "Tacala" Castilla _ Piura Mayo 2021* (Tesina para título profesional, Universidad Nacional de Piura). Recuperado de

https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/3053/ENFE-CAR-CAS-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Castañeda, C. y Zelada, M. (2019). *Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos mayores, atendidos en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca-Perú-2019* (Tesis para título profesional, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo). Recuperado de http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1174/Tesis%20Hipertension%20MARIA%20Y%20LORENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Crespo, C., y Zuñiga, A. (2019). *Factores de riesgo que influyen en la hipertensión arterial en los adultos mayores* (Tesis para título profesional, Universidad Estatal de Milagro Ecuador). Recuperado de http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4742/2/FACTORES%20DE%20RIESGO%20QUE%20INFLUYEN%20EN%20LA%20HIPERTENSI%C3%93N%20ARTERIAL%20EN%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES-CRESPO%20GONZALEZ%20CINTHYA%20-ZU%C3%91IGA%20CEVALLOS%20ALEXI.pdf

Díaz, M., y Infante, E. (2020). *Conocimiento sobre hipertensión arterial y práctica de autocuidado - programa adulto mayor* (Tesis para título profesional, Universidad Nacional de Trujillo). Recuperado de https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15942/1925.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Diaz, E. (2020). *Prevalencia y factores predisponentes de hipertensión arterial del adulto en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente las Mercedes – 2019* (Tesis para título profesional, Universidad Señor de Sipán). Recuperado de https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7049/Diaz%20Facho%20Erika%20Sheila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Esperanza, L., Álvarez, K., Barbecho, P. y Wong. S. (2018). Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 13(3), 183-187. Recuperado de

https://www.revhipertension.com/rlh_3_2018/4_hipertension_arterial_en_adultos_mayores.pdf

García, J. et, al (2016). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Rev. Colomb. Cardiol.* 23(6), 528-534. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.02.002

Guevara y Calderón (2018). *Estilos de vida de los pacientes adultos mayores relacionado con la hipertensión arterial de la estrategia sanitaria de enfermedades crónicas no transmisibles del Hospital II-2 Sullana – Piura; abril – junio 2017* (Tesina para título profesional, Universidad Nacional del Callao). Recuperado de http://hdl.handle.net/20.500.12952/3770

INEI (2016). Situación de salud de la población adulta mayor 2016. Recuperado De https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1459/libro.pdf

Maguiña, P. (2013). *Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud Max Arias Schreiber, en Lima*. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3536

Michelson R. (2010). Hipertensión Arterial en el Anciano. *1er Congreso Virtual de Cardiología. Documento Electrónico*. Recuperado de: http://pcvc.sminter.com.ar.

MINSA Perú, (2009). Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención. *Guía práctica*. Recuperado de http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/minsa/GUIASPRACTICAS/2009/RM491_2009.pdf

Muñoz, R., y Padilla, Y. (2021). *Caracterización de adultos mayores con hipertensión arterial que asisten al Hospital Centro de Atención Integral II EsSalud de Pucallpa, 2019* (Tesina para título profesional, Universidad Nacional de Ucayali). Recuperado de http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4881/UNU_ENFERMERIA_2021_T_ROSA-MUNOZ_YOMIRA-PADILLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (12 de septiembre de 2022). Día mundial de la hipertensión. Recuperado de https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-hipertension-2022

Peñaherrera, L. (2020). *Prevalencia y factores de riesgo para hipertensión arterial en adultos mayores en áreas urbanas y rurales del Cantón Ambato* (Tesis para título profesional, Universidad Técnica de Ambato). Recuperado de https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/31113/1/PE%C3%91AHERRERA%20L%C3%93PEZ%20%2CLIZBETH%20ANDREA%20%26.pdf

Pintado, A. (2019). *Prevalencia de Hipertensión Urbanización Primavera Arterial en pobladores de la Piura, Noviembre 2017 Tesis p ara obtener el Título Junio 2018* (Tesina para título profesional, Universidad San Pedro). Recuperado de http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/10751/Tesis_61304.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Piucan, M. (2019). *Estilos de vida en pacientes ancianos con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Surco, 2019* (Tesis para título profesional, Universidad Norbert Wiener). Recuperado de https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3175/TESIS%20Puican%20Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Regulo, C. (2006). Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Acta méd. peruana*. 23(2). 69-75. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000200005&script=sci_abstract

Salazar, P. (2016). Hipertensión en el adulto mayor. *Rev Med Hered. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.* 27(1),60-66. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf

Uscata, R. (2019). *Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos mayores atendidos en un Hospital Geriátrico* (Tesis para título profesional, Universidad San Martin de Porres). Recuperado de http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5201/uscata_brp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Anexos y apéndices

1. Matriz de operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Hipertensión Arterial	Elevación anormal de la presión arterial sistólica y/ o diastólica. Se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y a la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg.	El instrumento medirá los factores de riesgo modificables y no modificables, así como el factor socioeconómico de la hipertensión arterial del adulto mayor de 60 años de edad.	HTA	• Edad • Sexo • Grado de instrucción • PA= • Peso • Talla • IMC	1 al 45	Ordinal
Factores de Riesgo	Son características o rasgos que aumentan la probabilidad de sufrir de Hipertensión arterial.	El instrumento medirá los factores de riesgo modificables y no modificables, de la hipertensión arterial del adulto mayor de 60 años de edad y poder determinar cómo influyen estos en el paciente que se atiende en el Centro de Salud analizado.	• Factores modificables • Factores no modificables	• Antecedentes Familiares • Controles de HTA		Nominal

1. **Matriz de consistencia.**

Problema	Variables	Objetivos	Hipótesis	Metodología
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años, Centro de Salud Bellavista Sullana, 2023?	Hipertensión Arterial	**General** Determinar los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años, Centro de Salud Bellavista Sullana 2023.	H_1: Los factores de riesgo están asociados significativamente a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años, Centro de Salud Bellavista Sullana.	**Tipo de investigación:** Por su finalidad: se manejó el tipo de investigación básica. **Por su alcance**: descriptiva, correlacional no experimental. **Según el tiempo**: la investigación será trasversal. **Población - Muestra** Estuvo conformada por 48 adultos mayores de 60 años. **Técnica e Instrumento de recolección de datos:** Encuesta Cuestionario
	Factores de riesgo	**Objetivos específicos** 1. Determinar las características socioeconómicas de los adultos mayores de 60 años. 2. Identificar los factores de riesgo no modificables asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años.	H_0: Los factores de riesgo no están asociados significativamente a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años, Centro de Salud Bellavista Sullana.	

		3. Identificar los factores de riesgo modificables asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años.		

3. Instrumento de recolección de datos.

"Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años. Centro de Salud Bellavista Sullana. 2023".

Datos: Bachiller **Herrera Nunjar, Maritza Del Pilar** Universidad San Pedro Filial Piura

Información General: Instrumento aplicado a adultos mayores de 60 años con hipertensión arterial que son atendidos en el Centro de Salud Bellavista Sullana.

Finalidad: Determinar los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años. Centro de Salud Bellavista Sullana. 2023.

Instrucciones: para el desarrollo y llenado de la presente encuesta deberá marcar con un aspa, cruz o circulo los ítems que considere correctos, la encuesta tiene una duración de 5 minutos y Ud. es libre de participar o no en la presente investigación. Del mismo modo, Ud. es libre de dejar la encuesta en el momento que así lo considere y no es necesario que exprese los motivos de la no participación del presente estudio. Muchas gracias.

Variable de estudio: conocimiento y prácticas sobre estimulación temprana

Ítems		
Dimensión datos generales		
P1	Edad	**(……..)**
P2	Sexo	Masculino ( ) Femenino ( )
P3	Grado de instrucción	Primaria ( ) secundaria ( ) técnic superior( ) superior( )
P4	PA=	……..mm Hg
P5	Se tomará ambas medidas en el consultorio	Peso _____Talla*:_____ IMC=…….Kg/cm2
Dimensión factor no modificables		
P6	Antecedentes Familiares ¿Tiene familiares que padecen de Hipertensión	a. Familiares Con diagnóstico de Hipertensión Arterial b. padre Si No

	arterial?, especifique SI o No en el siguiente cuadro:	c. madre Si No d. hermanos Si No e. Otros familiares Si No
P7	¿Controla su presión arterial?	a. Si ( ) b. No ( ) Razones: ……
P8	Si se controla la Presión Arterial ¿Con qué frecuencia lo realiza?	a. A la semana ( ) b. A los 15 días ( ) c. Al mes ( ) d. Cada 2 meses ( ) e. Cada 3 meses ( ) f. Cada 6 meses ( ) g. Al año ( ) h. Otros - Especifique:……
P9	¿Controla su peso?	a. Si b. No Razones:……
P10	¿Con qué frecuencia se pesa?	a. Cada semana ( ) b. Cada 15 días ( ) c. Cada mes ( ) d. Cada 2 meses ( ) e. Cada 3 meses ( ) f. Cada 6 meses ( ) g. Al año ( ) h. Otros - Especifique:……
P11	En su familia ¿hay miembros que presentan Obesidad?, indique con un aspa(X) en el siguiente cuadro quiénes:	a. Familiares Si No b. Padre c. Madre d. Hermanos e. Otros familiares directos

Dimensión Factores modificables		
P12	¿Se ha controlado sus niveles de colesterol?:	a. Si ( ) b. No ( )
P13	Si se controla el nivel de colesterol ¿Con qué Frecuencia lo hace?	a. A la semana ( ) b. A los 15 días ( ) c. Al mes ( ) d. Cada 2 meses ( ) e. Cada 3 meses ( ) f. Cada 6 meses ( ) g. Al año ( ) h. Otros - Especifique……
P14	Diga un promedio del consumo de sal en la preparación de sus alimentos por día (desayuno, almuerzo y cena)	a. ½ cdita (1 a 2 ½ gramos) ( ) b. 1cdta (3 a 5 gramos) ( ) c. 2cdta (6 a 10 gramos) ( ) d. 3cdta (12 a 15 gramos) ( ) e. 4 a 5 cdta (16 a 20 gramos) ( )
P15	¿A los alimentos ya preparados le agrega más sal?	a- Nunca ( ) b- Casi nunca ( ) c- Siempre ( ) d- Casi siempre( )
P16	¿Utiliza cubitos o sazonador de paquete para cocinar?	a. Si ( ) b. No ( )
P17	Indique con qué frecuencia consume los siguientes alimentos:	Alimentos a. Carbohidratos: papas, panes, arroz b. Proteínas: huevo, carnes, pescado a. frutas b. vegetales c. Lácteos d. Gaseosa e. Agua

		f. Comida chatarra o golosinas g. Comida enlatada o instantánea
P18	¿Dónde ingiere sus alimentos?:	a. En Casa. ( ) b. En su centro laboral. ( ) c. En restaurante. ( ) d. En una pensión. ( ) e. Come al paso. ( ) f. Otros – Especifique:……
P19	¿Consume frituras o comidas grasa?	a. Si ( ) b. No ( )
P20	¿Con qué frecuencia consume frituras o comidas grasa?	a. Diario ( ) b. Interdiario ( ) c. 3 veces por semana( ) d. 2 veces por semana( ) e. 1 vez por semana ( ) f. Otros
P21	¿Desde cuándo comenzó a consumir frituras?	Anotar la edad en años:……
P22	¿Fuma actualmente?:	a. Si ( ) b. No ( ) Si fuma responda lo siguiente:
P23	¿Desde cuándo comenzó a fumar?	Anotar la edad en años:……
P24	¿Con qué frecuencia fuma cigarrillos?:	a. Todos los días ( ) b. 1 vez por semana ( ) c. 2 veces por semana ( ) d. 3 veces por semana ( ) e. Otros especifique: ……
P25	¿Cuántos cigarrillos fuma por día?:	a. Un cigarrillo diario ( ) b. Entre 2 a 4 cigarrillos diario ( ) c. ½ Cajetilla diario ( )

		d. 1 Cajetilla diaria. ( ) e. Otros especifique:…… Si no fuma responda lo siguiente:
P26	¿Fumaba antes?	Anotar la edad en años:……
P27	¿Desde cuándo dejó de fumar?	Anotar la edad en años:……
P28	¿Consume bebidas alcohólicas actualmente?	a. Si ( ) b. No ( )
P29	¿Desde cuándo comenzó a ingerir bebidas alcohólicas?	Anotar la edad en años:……
P30	¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?:	a. Todos los días ( ) b. 1 vez por semana ( ) c. 2 veces por semana( ) d. 3 veces por semana( ) e. Otros especifique:……
P31	¿Qué cantidad de bebidas alcohólicas consume?:	a. 1 vaso diario ( ) b. 2 vasos diarios( ) c. 3 vasos diarios( ) d. 1 botella diario( ) e. 2 botellas diario( ) f. Otros especifique:……
P32	¿Qué tipo de licor o bebida alcohólica ingiere?	a. Cerveza( ) b. Vino ( ) c. Ron ( ) d. Otro especifique:…… Si no ingiere bebidas alcohólicas responda lo siguiente:
P33	¿Tomaba antes bebidas alcohólicas?	Anotar la edad en años:……

P34	Desde cuándo dejó de tomar bebidas alcohólicas?	Anotar la edad en años:……
P35	¿Usted realiza actividad física?	a. Si ( ) b. No ( ) Si su respuesta es no dé razones……
P36	¿Qué tipo de actividad física realiza?	a. Caminatas ( ) b. Participa de algún deporte como vóley, fútbol, básquet, etc. ( ) c. Práctica algún tipo de ejercicio( ) d. Otros especifique:……
P37	¿Cuál es el tiempo que dedica a realizar actividad física?	a. Menos de 30 minutos( ) b. Por 30 minutos. ( ) c. Más de 30 minutos ( ) d. Una hora ( ) e. Más de 2 horas ( ) f. Otros especifique:……
P38	¿Con qué frecuencia realiza actividad física?	a. Diario( ) b. 3 veces por semana( ) c. 2 veces por semana( ) d. 1 vez por semana( ) e. Solo cuando se acuerda f. Otros especifique:……
P39	¿Cuál es su ocupación?	a. Ama de casa ( ) b. Estudiante ( ) c. Trabaja (Especifique cuál es su trabajo): …… d. Otros……
P40	¿Siente que tiene sobrecarga laboral, académica o familiar	a. Si ( ) b. No ( )

P41	Si usted trabaja, el clima laboral donde usted se desempeña es:	a. Muy bueno ( ) b. Bueno ( ) c. Regular ( ) d. Malo ( ) e. Muy malo ( )
P42	Usted considera que el clima familiar de su hogar es:	a. Muy bueno ( ) b. Bueno ( ) c. Regular ( ) d. Malo ( ) e. Muy malo ( )
P43	El clima del hogar se caracteriza por:	(Marcar más de una si cree conveniente) a. Desacuerdos ( ) b. Conflictos interpersonales ( ) c. Autoridad arbitraria ( ) d. Democracia ( ) e. Buenas relaciones interpersonales( )
P44	¿Cuántas horas al día duerme?:	a. 10horas al día ( ) b. 8horas al día ( ) c. 6horas al día ( ) d. 4horas al día ( ) e. Otros – Especifique:……
P45	En sus actividades diarias como en casa, en el trabajo o en su centro de estudios Ud. suele experimentar sentimientos y/o síntomas tales como: (marque más de una si cree conveniente):	a. Ira ( ) b. Celos ( ) c. Desmotivación ( ) d. Intranquilidad ( ) e. Falta de Iniciativa de su parte. ( ) f. Frustración ( ) g. Ansiedad ( ) h. Deseo de tomar agua ( )

		i. Taquicardia ( ) j. Cansancio ( ) k. Irritabilidad ( ) l. Transpiraciones ( ) m. Somnolencia ( ) n. Cefaleas ( ) o. Olvido de las cosas ( )

4. Evaluación de Juicio de expertos

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS POR JUICIO DE EXPERTOS

I. Información general:

Nombres y apellidos del validador: Daphne Drucilla Martínez Vargas
Fecha: 20/02/2023 **Especialidad: Enfermera**
Nombre del instrumento evaluado: tipo de escoliosis
Autor del instrumento: Herrera Nunjar, Maritza Del Pilar.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, requerimos su opinión sobre el instrumento de la investigación titulada:

"Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud de Sullana, 2022"

El cual debe calificar con una valoración correspondiente a su opinión respecto a cada criterio formulado.

II. Aspectos a evaluar: (Calificación cuantitativa).

Indicadores de evaluación del instrumento	Criterios cualitativos - cuantitativos	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		1-9	10-13	14-16	17-18	19-20
Claridad	¿Está formulado con lenguaje apropiado?				18 X	
Objetividad	¿Está expresado con conductas observadas?				18 X	
Actualidad	¿Adecuado al avance de la ciencia y calidad?					20 X
Organización	¿Existe una organización lógica del instrumento?				18 X	
Suficiencia	¿Valora los aspectos en cantidad y calidad?				18 X	
Intencionalidad	¿Adecuado para cumplir con los objetivos?					20 X
Consistencia	¿Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios?				18 X	

Coherencia	¿Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores?					20 X
Propósito	¿Las estrategias responden al propósito del estudio?				18 X	
Conveniencia	¿Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías?					20 X
Sumatoria parcial					108	80
Sumatoria total		188				
Valoración cuantitativa (sumatoria Toral x 0.005)		0.94				

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento

III.Calificación global:

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Intervalos	Resultados
0,00 – 0,49	Validez nula
0,50 – 0,59	Validez muy baja
0,60 – 0,69	Validez baja
0,70 – 0,79	Validez aceptable
0,80- 0,89	Validez buena
0,90-1,00	Validez muy buena

Coeficiente de validez

188 = 0.94

Nota: el instrumento podrá ser considerado a partir de una calificación aceptable.

Firma del Experto
Grado Académico ENFERMERA
DNI 72218823

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS POR JUICIO DE EXPERTOS

I. Información general:

Nombres y apellidos del validador: Yajaira Liliana Herrera Nunjar
Fecha: 20/02/2023 **Especialidad: Enfermera**
Nombre del instrumento evaluado: tipo de escoliosis
Autor del instrumento: Herrera Nunjar, Maritza Del Pilar.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, requerimos su opinión sobre el instrumento de la investigación titulada:

"Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud de Sullana, 2022"

El cual debe calificar con una valoración correspondiente a su opinión respecto a cada criterio formulado.

II. Aspectos a evaluar: (Calificación cuantitativa).

Indicadores de evaluación del instrumento	Criterios cualitativos - cuantitativos	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		1-9	10-13	14-16	17-18	19-20
Claridad	¿Está formulado con lenguaje apropiado?				18 X	
Objetividad	¿Está expresado con conductas observadas?				18 X	
Actualidad	¿Adecuado al avance de la ciencia y calidad?					20 X
Organización	¿Existe una organización lógica del instrumento?				18 X	
Suficiencia	¿Valora los aspectos en cantidad y calidad?				18 X	
Intencionalidad	¿Adecuado para cumplir con los objetivos?					20 X
Consistencia	¿Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios?				18 X	

Coherencia	¿Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores?					20 X
Propósito	¿Las estrategias responden al propósito del estudio?				18 X	
Conveniencia	¿Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías?					20 X
Sumatoria parcial					108	80
Sumatoria total		188				
Valoración cuantitativa (sumatoria Toral x 0.005)		0.94				

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento

III.Calificación global:

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Intervalos	Resultados
0,00 – 0,49	Validez nula
0,50 – 0,59	Validez muy baja
0,60 – 0,69	Validez baja
0,70 – 0,79	Validez aceptable
0,80- 0,89	Validez buena
0,90-1,00	Validez muy buena

Coeficiente de validez

188 = 0.94

Nota: el instrumento podrá ser considerado a partir de una calificación aceptable.

Firma del Experto
Grado Académico ENFERMERA
DNI 46716962

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS POR JUICIO DE EXPERTOS

I. Información general:

Nombres y apellidos del validador: Gloria Cruz Alburqueque
Fecha: 20/02/2023 **Especialidad: Enfermera**
Nombre del instrumento evaluado: tipo de escoliosis
Autor del instrumento: Herrera Nunjar, Maritza Del Pilar.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, requerimos su opinión sobre el instrumento de la investigación titulada:

"Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud de Sullana, 2022"

El cual debe calificar con una valoración correspondiente a su opinión respecto a cada criterio formulado.

II. Aspectos a evaluar: (Calificación cuantitativa).

Indicadores de evaluación del instrumento	Criterios cualitativos - cuantitativos	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		1-9	10-13	14-16	17-18	19-20
Claridad	¿Está formulado con lenguaje apropiado?				18 X	
Objetividad	¿Está expresado con conductas observadas?				18 X	
Actualidad	¿Adecuado al avance de la ciencia y calidad?					20 X
Organización	¿Existe una organización lógica del instrumento?				18 X	
Suficiencia	¿Valora los aspectos en cantidad y calidad?				18 X	
Intencionalidad	¿Adecuado para cumplir con los objetivos?					20 X
Consistencia	¿Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios?				18 X	

Coherencia	¿Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores?					20 X
Propósito	¿Las estrategias responden al propósito del estudio?				18 X	
Conveniencia	¿Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías?					20 X
Sumatoria parcial					108	80
Sumatoria total		188				
Valoración cuantitativa (sumatoria Toral x 0.005)		0.94				

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento

III.Calificación global:

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Intervalos	Resultados
0,00 – 0,49	Validez nula
0,50 – 0,59	Validez muy baja
0,60 – 0,69	Validez baja
0,70 – 0,79	Validez aceptable
0,80- 0,89	Validez buena
0,90-1,00	Validez muy buena

Coeficiente de validez

188 = 0.94

Nota: el instrumento podrá ser considerado a partir de una calificación aceptable.

Firma del Experto
Grado Académico ENFERMERA
DNI 46932658

5. **Consentimiento informado.**

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación en el desarrollo de la investigación

- adultos –

Nivel de estudio: Pregrado

Introducción: Lo invito a participar del estudio de investigación denominado: "Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años. Centro de Salud Bellavista Sullana. 2023".

Este es un estudio desarrollado por: **Herrera Nunjar, Maritza Del Pilar**, perteneciente a la Universidad San Pedro – SEDE/FILIAL Piura.

El objetivo de esta investigación es: determinar los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años. Centro de Salud Bellavista Sullana. 2023.

Por este motivo es necesario profundizar más en este tema y abordarlo con la debida importancia que amerita.

Metodología:

Si usted acepta participar, le informamos que se llevarán a cabo los siguientes procedimientos:

1. Procedimiento. Llenado de encuesta

Beneficios:

No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Sin embargo, se le informará de manera personal y confidencial de algún resultado que se crea conveniente que usted necesite conocer. Los resultados también serán archivados en: las historias clínicas/ registros /base de datos de cada participante y de ser el caso se le recomendará para que acuda a su médico especialista tratante.

Costos e incentivos:

Usted no realizará ningún gasto por participar de este estudio.

Confidencialidad:

Su información estará protegida ya que su participación es anónima, usaremos códigos de identificación internos los cuales mantendrán su privacidad. Si los resultados de

este estudio son publicados en una revista científica, no se mostrará ningún dato que permita la identificación de su persona. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Consentimiento:

Acepto voluntariamente a participar en este estudio, he comprendido perfectamente la información que se me ha brindado sobre las cosas que van a suceder si participo en el presente estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Código de Participante:

Nombre:

Fecha:

Firma del Participante

6. Base de datos

P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26	P 27	P 28	P 29	P 30	P 31	P 32	P 33	P 34	P 35	P 36	P 37	P 38	P 39	P 40	P 41	P 42	P 43	P 44	P 45
1	1	2	1	4	2	2	2	2	1	1	2	1	4	2	2	2	2	1	1	2	1	4	2	2	2	2	1	1	2	1	4	2	2	2	2	1	1	2	1	4	2	2	2	2
4	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2
3	1	2	3	5	2	2	2	2	1	1	2	3	5	2	2	2	2	1	1	2	3	5	2	2	2	2	1	1	2	3	5	2	2	2	2	1	1	2	3	5	2	2	2	2
5	1	2	5	3	2	2	2	2	1	1	2	5	3	2	2	2	2	1	1	2	5	3	2	2	2	2	1	1	2	5	3	2	2	2	2	1	1	2	5	3	2	2	2	2
6	1	1	6	1	1	1	2	2	2	1	1	6	1	1	1	2	2	2	1	1	6	1	1	1	2	2	2	1	1	6	1	1	1	2	2	2	1	1	6	1	1	1	2	2
2	1	2	2	5	2	2	2	2	1	1	2	2	5	2	2	2	2	1	1	2	2	5	2	2	2	2	1	1	2	2	5	2	2	2	2	1	1	2	2	5	2	2	2	2
3	1	1	3	2	1	1	2	2	2	1	1	3	2	1	1	2	2	2	1	1	3	2	1	1	2	2	2	1	1	3	2	1	1	2	2	2	1	1	3	2	1	1	2	2
7	2	2	7	6	2	2	2	2	1	2	2	7	6	2	2	2	2	1	2	2	7	6	2	2	2	2	1	2	2	7	6	2	2	2	2	1	2	2	7	6	2	2	2	2
4	1	2	4	3	2	2	2	2	1	1	2	4	3	2	2	2	2	1	1	2	4	3	2	2	2	2	1	1	2	4	3	2	2	2	2	1	1	2	4	3	2	2	2	2
3	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2
3	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2
3	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2
3	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2
2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
3	1	2	3	3	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	2	1
3	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2
3	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2
3	2	2	3	4	2	2	2	1	2	2	2	3	4	2	2	2	1	2	2	2	3	4	2	2	2	1	2	2	2	3	4	2	2	2	1	2	2	2	3	4	2	2	2	1
3	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2
4	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2
3	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2
3	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2
2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2	2	2	1
2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2	2	2	1

2	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2
2	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2
8	2	1	8	1	1	1	2	2	2	2	1	8	1	1	1	2	2	2	2	1	8	1	1	1	2	2	2	2	1	8	1	1	1	2	2	2	2	1	8	1	1	1	2	2
3	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2
2	1	2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2
2	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	4	2	2	2	2
4	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2
2	1	2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2
5	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2
3	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2
6	1	2	6	1	2	2	2	2	1	1	2	6	1	2	2	2	2	1	1	2	6	1	2	2	2	2	1	1	2	6	1	2	2	2	2	1	1	2	6	1	2	2	2	2
5	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2
3	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2
3	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2
3	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2
5	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2
5	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2
3	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2
5	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2
5	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2	1	2	2	5	4	2	2	2	2
2	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2
3	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	3	4	2	2	2	2
2	1	2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2	4	2	2	2	2

7. Trámites administrativos

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Sullana, 13 de setiembre del 2022

Señor:

Aldo Cruz Farfán

Encargado de la Estrategia Enfermedades No Trasmisibles del C.S. Bellavista

Asunto: Solicito información para desarrollo de tesis.

De mi especial consideración:

Me es grato dirigirme a Ud. para expresar las muestras de mi estima personal.

El motivo del presente, es con la finalidad de solicitar información para el desarrollo de mi tesis para la obtención del título profesional de licenciada en enfermería y con el propósito de poder desarrollarla SOLICITO, se sirva otorgarme las facilidades para poder aplicar una encuesta a los pacientes que acuden a su programa de Enfermedades No Trasmisibles

Gracias por su atención.

Atentamente:

Maritza Del Pilar Herrera Nunjar

DNI:03679610

13/9/22

8. Repositorio Institucional

USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor		
HERRERA NUNJAR, MARITZA DEL PILAR	03679610	2114100188@usanpedro.edu.pe
Apellidos y Nombres	DNI	Correo Electrónico

2. Tipo de Documento de Investigación							
X	Tesis		Trabajo de Suficiencia Profesional		Trabajo Académico		Trabajo de Investigación

3. Grado Académico o Título Profesional [1]									
	Bachiller	x	Título Profesional		Título Segunda Especialidad		Maestría		Doctorado

4. Título del Documento de Investigación
Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud de Sullana, 2023

5. Programa Académico
Enfermería

6. Tipo de Acceso al Documento			
X	Abierto o Público [3] *(info:eu-repo/semantics/openAccess)*		Acceso restringido [4] *(info:eu-repo/semantics/restrictedAccess) (*)*
(*) En caso de restringido sustentar motivo			

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS [5]

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento. [6]

Huella Digital

FIRMA DEL ALUMNO

Lugar	Día	Mes	Año
Chimbote	11	11	2023

Importante

1. *Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso*
2. *Ley N° 30035. Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 006-2015-PCM.*
3. *Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.*
4. *En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo con la directiva N° 004-2016-CONCYTEC-DEGC (Numerales 5.2 y 6.7) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital*
5. *Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.*
6. *Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales-RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo las metadatos en sus repositorios institucionales predisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".*

Nota. - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley (Ley 27444, art. 32, num 32.3).

UNIVERSIDAD SAN PEDRO | Repositorio Institucior

9. Reporte de Similitud

Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud de Sullana, 2023.

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%	22%	3%	13%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	5%
3	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1%