

# Universidad de Huánuco

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**



## **TESIS**

**“ESTILOS DE VIDA Y RIESGO DE HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDOS EN LA  
ESTRATEGIA NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL DE  
TINGO MARÍA - AGOSTO 2015”**

**Para Optar el Título Profesional de:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TESISTA**

**Bach. SALVATIERRA QUINTO, Kriss Helen**

**ASESOR**

**Mg. LÓPEZ MARIANO, José Luis**

**Tingo María - Perú**

**2017**



UNIVERSIDAD DE HUANUCO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las 12.00 horas del día 29 del mes de Noviembre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Lic. Enf. Carmen, Merino Gastelu **Presidenta**
- Lic. Enf. Lilia Céspedes y Argandoña **Secretaria**
- Cristóbal, Alegria Saldaña **Vocal**


Nombrados mediante Resolución N°2092-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: "ESTILOS DE VIDA Y RIESGO DE HIPERTENSION ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDOS EN LA ESTRATEGIA NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA - AGOSTO 2015" presentado por la Bachiller en Enfermería, Srta. Kriss Helen, SALVATIERRA QUINTO Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 10 y cualitativo de BUENO.

Siendo las 13.00 Horas del día 29 del mes de NOVIEMBRE del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

  
PRESIDENTE

  
SECRETARIA

  
VOCAL

## **DEDICATORIA**

El presente informe de investigación, dedico a Dios por bendecirme con la fuerza necesaria, a mis padres por su apoyo incondicional en mi carrera universitaria.

A mis maestros de la universidad por su magnífica enseñanza.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco infinitamente a nuestro creador por permitir culminar mis estudios con mucho esfuerzo.

Agradecer a mis grandes colaboradores familiares y amigos por confiar en mi perspectiva estudiante.

Agradecer al personal docente y facilitadores del hospital Tingo María por permitir ejecutar y obtener resultados del estudio importante para la sociedad. A todos mil gracias

## INDICE

Dedicatoria .....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice .....	v
Resumen .....	vii
Abstract .....	viii
Introducción .....	ix

### **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1 Descripción del Problema.....	01
1.2 Formulación del Problema.....	02
1.3. Objetivo general.....	02
1.4. Objetivos específico.....	02
1.5. Justificación de la investigación.....	03
1.6. Limitaciones de la investigación.....	04
1.7. Viabilidad de la investigación.....	04

### **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

2.1 Antecedentes de Investigación.....	05
2.2. Bases teóricas.....	13
2.3. Definiciones conceptuales.....	27
2.4. Hipótesis.....	28
2.5. Variables.....	29
2.5.1 Variable dependiente.....	29
2.5.2 Variable independiente.....	29
2.6. Operacionalización de variables.....	30

### **CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. Tipo de Investigación.....	31
3.1.1 Enfoque.....	31
3.1.2 Alcance o nivel.....	31
3.1.3 Diseño.....	31
3.2. población y muestra.....	32

<b>3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....</b>	<b>33</b>
<b>3.3.1. Para la recolección de datos.....</b>	<b>33</b>
<b>3.3.2. Para la presentación de datos.....</b>	<b>34</b>
<b>3.3.3. Para el análisis e interpretación de los datos.....</b>	<b>34</b>

#### **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

<b>4.1. Procesamiento de datos.....</b>	<b>36</b>
---	-----------

#### **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

<b>5.1. Discusión.....</b>	<b>51</b>
<b>Conclusión.....</b>	<b>57</b>
<b>Recomendación.....</b>	<b>58</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>59</b>

#### **ANEXOS:**

Instrumento de recolección de datos

Consentimiento informado

Tabla de validación

Matriz de consistencia

## RESUMEN

La Hipertensión arterial en países en vías de desarrollo muestra incremento, debido a condicionantes sociales de la salud, junto a ello la proporcionalidad de las complicaciones, paro cardiaco, insuficiencia respiratoria, parálisis parcial y total, producto de una débil intervención de la historia natural de la enfermedad; importante es haber desarrollado el estudio de investigación titulado “estilos de vida y riesgo de hipertensión arterial del adulto mayor atendidos en la estrategia no transmisibles del hospital tingo María agosto 2015” con el objetivo primordial Identificar los estilos de vida y riesgos condicionantes a Hipertensión arterial en adulto mayor atendidos en la estrategia no transmisible hospital Tingo María. Material y método, El estudio de investigación tuvo un enfoque cuantitativo de tipo observacional analítico descriptivo porque describe las variables tal como se presentó. La población 157 y muestra estuvo conformada por 112 pacientes con hipertensión arterial que acudieron al consultorio del programa estratégico no transmisibles en el Hospital Tingo María durante el mes de Enero a junio 2015, para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva. RESULTADOS: Identificamos que los estilos de vida son condicionantes a Hipertensión Arterial en el adulto mayor, siendo la actividad física no promovida junto al nivel de conocimiento de control con el 41% de desconocimiento. Identificamos que los riesgos directos son condicionantes a Hipertensión Arterial del adulto mayor siendo el 68% consumen alimentos hipercalóricos y el 41% consumo de café, hábitos no recomendados para prevenir la HTA y sus consecuencias.

**Palabras claves:** estilo de vida, riesgo, hipertensión arterial, adulto mayor, no transmisible.

## ABSTRACT

Hypertension in the countries and cities of development of the sample, due to the social determinants of health, together with proportionality of complications, cardiac arrest, respiratory failure, partial and total paralysis, the product of a weak intervention of the natural history the important disease is developed by the research study entitled "Lifestyles and risk of hypertension of the older adult attended in the no transmissible strategy of the hospital Tingo María August 2015" with the primary objective Identify lifestyles and The conditioning risks Hypertension is Adult Elderly Attention in the no transmissible hospital strategy Tingo Maria. Material and method, the research study had a quantitative approach of observational descriptive analytical type because to describe the variables as presented. The population 157 and sample was made up of 112 patients with arterial hypertension who attended the no transmissible strategic program clinic at the Tingo María Hospital during the month of January, 2015, for the analysis of the data used in descriptive statistics. RESULTS: Identification of conditioning conditions Arterial Hypertension in the elderly, being the physical activity no promotion together with the knowledge level of control with 41% of ignorance. Identification of the direct conditioning risks of the Hypertension Son of the adult mayor that 68% consume hypercaloric foods and 41% consumption of coffee, did not recommend to prevent hypertension and its consequences.

**Keywords:** lifestyle, risk, arterial hypertension, elderly, no transmissible.



## INTRODUCCIÓN

La hipertensión Arterial nivel nacional se muestra cifras alarmantes, el mayor índice de casos en Lambayeque siendo 16.853 casos, la región Lambayeque ocupa el segundo lugar con mayor índice de la enfermedad. Le siguen la provincia constitucional del Callao (14.384), las regiones La Libertad (13.550) y Piura (12.506).

La Hipertensión Arterial no es solo una enfermedad, constituye un factor de riesgo establecido para muchas enfermedades de mayor letalidad, que afectan al individuo y a grandes poblaciones, y como tal es uno de los más importantes factores pronósticos de la esperanza de vida.

Es importante la detección adecuada de los estilos de vida negativos y los riesgos es una enfermedad silenciosa que puede Identificar los riesgos aportando de este modo el conocimiento tanto al paciente como a los familiares.

La razón por el cual motivó a enfocar la tesis, es identificar los estilos de vida y riesgo que predisponen a la HTA en pacientes adulto mayor porque aún los determinantes sociales de la salud están siendo influyentes ante la incidencia y prevalencia de enfermedades no transmisibles. De esta manera sugerir y recomendar propuestas para la mejora continua de los servicios de salud y dinamizar con la familia y comunidad abordando en reducir en la historia natural de la enfermedad silenciosa.

El presente estudio fue estructurado según esquema recomendado por la universidad, consta de los siguientes capítulos: Capítulo I, brinda aspectos básicos del problema de investigación, muestra el origen del problema, la justificación del mismo, formulación del problema investigado, los objetivos planteados para el presente estudio; en el Capítulo II: se encuentra el desarrollo del marco teórico, antecedentes históricos, aspectos conceptuales, bases teóricas, definiciones operacionales de términos básicos, alcances y limitaciones. Capítulo III: mostramos el marco operacional, tipo y diseño de estudio, procedimiento, población y muestra, descripción del contexto y métodos técnicas e instrumentos. En el Capítulo IV: Presentación de resultados. El Capítulo V: discusión en concordancia con objetivos, y organización de dato descriptivo e inferencial se incorpora complementos de la investigación.

# CAPÍTULO I

## 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El nivel de salud en nuestra región responde al contexto socioeconómico, dado por la influencia del centralismo, la mala accesibilidad geográfica, la ineficiente distribución de recursos, los insuficientes servicios de salud y su escaso equipamiento, que entre otros factores inciden notablemente en la calidad de vida y en la salud.

La Hipertensión Arterial no es solo una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo establecido para muchas enfermedades de mayor letalidad, afectan al individuo y a grandes poblaciones, y como tal es uno de los más importantes factores pronósticos de la esperanza de vida. <sup>(1)</sup>

A nivel mundial los datos estadísticos muestran que el 3% de la población con hipertensión arterial son de 20 años, el 23% de 40 años de edad y el mayor índice de hipertensión arterial es de los 70 años de edad. En tanto, se estima que en todo el país son 205.711 los que sufren de hipertensión arterial.

A nivel nacional se muestra el mayor índice de casos en Lambayeque siendo 16.853 casos, la región Lambayeque ocupa el segundo lugar con mayor índice de la enfermedad. Le siguen la provincia constitucional del Callao (14.384), las regiones La Libertad (13.550) y Piura (12.506) <sup>(2)</sup>

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuáles son los estilos de vida y riesgos de hipertensión arterial de los adultos mayores atendidos en la estrategia no transmisible del hospital Tingo María agosto 2015?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuáles son los estilos de vida que condicionan directamente a la incidencia de hipertensión arterial en pacientes adulto mayor?
- ¿Cuáles son los riesgos que condicionan al adulto mayor para contraer la hipertensión arterial?

## **1.3. OBJETIVOS GENERAL**

Identificar los estilos de vida y riesgos condicionantes a Hipertensión arterial en adulto mayor atendidos en la estrategia no transmisible hospital Tingo María.

## **1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los estilos de vida como: la mal nutrición por exceso, el consumo desmedido de sal y los hábitos tóxicos son las condicionantes en la incidencia de Hipertensión arterial en el adulto mayor.

- Identificar los riesgos directos del adulto mayor como el sexo, la obesidad, y los antecedentes familiares para contraer la hipertensión arterial.

## **1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El Perú, país en vías de desarrollo cuenta con enfermedades no transmisibles como la Hipertensión arterial, por ello es importante y necesario mejorar el conocimiento del adulto mayor, los estilos de vida saludable con la finalidad de disminuir los riesgos de contraer la enfermedad silenciosa.

La enfermería considera importante también educar, comunicar e informar las actividades preventivo promocionales, anteponiendo en la fase pre patogénica, con el fin de promover los estilos de vida saludables, primordialmente con la introducción adecuada de la alimentación, de esta manera se mejorará los conocimientos al adulto mayor, contribuirá a mejorar las prácticas de alimentación en el mismo redundando en el mejoramiento de su nivel nutricional, previniendo complicaciones en su vitalidad y desarrollo cognitivo, emocional y social.

El estudio se justifica metodológicamente porque los instrumentos para la recolección de datos serán un aporte para futuras investigaciones relacionadas a la investigación, por ser instrumento confiable que fueron validados el contenido por jueces expertos y especialista.

## **1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Durante el desarrollo del estudio de investigación, se presentaron limitaciones como la incomodidad del adulto mayor, no facilitaron en un primer momento el desarrollo de los instrumentos a pesar del consentimiento, debido al momento que se presentó que modificó el accionar del usuario; asimismo los espacios para coordinar y aplicar el instrumento en el Hospital Tingo María no fueron las apropiadas por la distancia y el incremento de atención.

## **1.7 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

El estudio efectuado se consideró viable por cuanto la operatividad fue sostenible, con una ruta programada y recorrido hacia el Hospital Tingo María, al mismo tiempo es viable socialmente por cuanto los usuarios mayores identifican la importancia de realizar estilos de vida saludables para prolongar la vida, ofreciendo una calidad de vida digna; el estudio fue desarrollado con las posibilidades económicas del investigador, fueron presupuestados acorde a la realidad.

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN**

##### **2.1.1 A nivel Internacional**

**Colombia, 2009. Patiño.** <sup>(3)</sup> “factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia”. Colombia. 2009. MÉTODOS: Se realizó un estudio de prevalencia, con muestreo aleatorio bietápico en 357 personas sin enfermedad cardiovascular conocida, se administró una encuesta prediseñada para evaluar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular; se midieron en sangre colesterol total, lipoproteínas de baja y alta densidad, triglicéridos y glucosa; se tomaron valores de presión arterial, perímetro abdominal, talla y peso. RESULTADOS: Los factores de riesgo cardiovasculares más importantes fueron baja actividad física (56,6 por ciento), obesidad central (52,7 por ciento), dislipidemias (35,3 por ciento), tabaquismo (19,0 por ciento), síndrome metabólico (19,6 por ciento) y obesidad por Índice de Masa Corporal (17,4 por ciento). Los factores de riesgo con mayor riesgo atribuible poblacional fueron la hipertensión arterial (17,1 por ciento), Índice colesterol total/lipoproteína de alta densidad (16,4 por ciento) y baja actividad física (15,7 por ciento). CONCLUSIÓN: Se encontró una prevalencia alta de los factores de riesgo cardiovascular lo que puede llevar a un incremento de las enfermedades cardiovasculares a mediano y largo plazo.

**Brasil, 2006. Ferreira.** <sup>(4)</sup> “La “frecuencia de hipertensión y factores asociados” Brasil, 2006”. MÉTODOS: El estudio se basó en datos de la Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas Entrevistas Telefónicas (VIGITEL) recogidas en 2006 en las capitales de los estados y el Distrito Federal. Se estimó la frecuencia de hipertensión entre 54.369 adultos, estratificados por sexo, región geográfica, variables demográficas y de comportamiento y morbilidad auto-reportados. Se calcularon los odds ratios ajustados hipertensión grave y para estudiar variables. RESULTADOS: La frecuencia de auto-reporte de hipertensión fue del 21,6 por ciento mayor entre las mujeres (24,4 por ciento versus 18,4 por ciento) y la menor en el Norte y Centro-Oeste y el Sudeste mayor. La prevalencia de la hipertensión aumenta con la edad, disminuye con la educación, fue mayor entre los negros y los más bajos entre los solteros y viudos. La probabilidad de hipertensión, ajustada por las variables de confusión, fue mayor para las personas con exceso de peso, diabetes, dislipidemia y eventos cardiovasculares. CONCLUSIONES: Alrededor de una quinta parte de la población declaró que sufre de hipertensión. Las altas frecuencias de los factores de riesgo modificables indican los segmentos de la población objetivo de intervención para la prevención y control de la hipertensión arterial.

**México, 2001. Melano.** <sup>(5)</sup> “Factores asociados con la hipertensión no tratado: resultados del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001” MÉTODOS: Estudio transversal con 2029 personas de 65 años o más con diagnóstico de HTA, participantes en el Estudio Nacional sobre Salud y



Envejecimiento en México realizado en el verano de 2001. La encuesta recabó información sobre algunas características sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, si vivía solo y si realizaba algún trabajo remunerado, entre otras), las enfermedades crónicas, los síntomas depresivos, deterioro cognoscitivo, el índice de masa corporal, el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas y las dificultades para realizar actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria, entre otras. Se evaluó la asociación entre las variables estudiadas y el autoinforme de hipertensión arterial no tratada (HTNT) mediante análisis de regresión logística simple y multifactorial. RESULTADOS: De los 2 029 participantes, 437 (21,5 por ciento) declararon no seguir tratamiento alguno para controlar la HTA, 1 584 (78,1 por ciento) afirmaron seguir un tratamiento y 8 (0,4 por ciento) no respondieron a esa pregunta. El análisis multifactorial ajustado por posibles variables confusoras (edad, sexo, síntomas depresivos y deterioro cognoscitivo) mostró que solo la baja escolaridad (razón de posibilidades [odds ratio, OR] ajustada = 1,70; intervalo de confianza de 95 por ciento [IC95 por ciento]: 1,10 a 2,64; P = 0,02 para la escolaridad de 1 a 6 años y OR ajustada = 3,32; IC95 por ciento: 2,10 a 5,24; P < 0,01 para los no escolarizados), consumir bebidas alcohólicas (OR ajustada = 1,52; IC95 por ciento: 1,14 a 2,03; P = 0,01) y padecer de incontinencia urinaria (OR ajustada = 1,61; IC95 por ciento: 1,15 a 2,26; P < 0,01) resultaron asociadas independientemente con la HTNT. CONCLUSIONES: La HTNT ES un problema frecuente e importante en los adultos mayores en México.

### 2.1.2 A nivel nacional

**Perú, 1999. Sosa.** <sup>(6)</sup> “estilos de vida y prevalencia de hipertencion arterial en tres comunidades peruanas”. Perú, 1999. METODOS: Se basó en aplicar la metodología de un estudio de corte transversal o estudio de prevalencia en las comunidades de Zarumilla, Tarata y Quillabamba. El estudio se realizó casa por casa considerándose alternativamente tanto el sexo de los encuestados como la edad en menores de 45 y mayores de 45 años. RESULTADOS: Se efectuaron un total de 423 encuestas de las cuales 134 se realizaron en Zarumilla (Tumbes) 143 en Tarata (Tacna) y 146 en Quillabamba (Santa Ana - Cuzco). La prevalencia de Hipertensión arterial en la población estudiada fue la siguiente: Zarumilla 22,38%, Tarata 11,88%, Quillabamba 19,17016, observándose una relación entre el Índice de masa corporal y cifras de Presión Arterial diastólica elevada ( $p < 0,05$ ). Lo que confirma la necesidad de implementación de medidas de prevención y promoción de la salud como una estrategia fundamental en la lucha contra el flagelo de la Hipertensión Arterial. CONCLUSION: Prevalencia de Presión Arterial elevada en la población mayor de 25 años de 22,38% en la población de Zarumilla, 19,17% en la localidad de Quillabamba y del 11,88% en la localidad de Tarata. El 35,3% de los encuestados hallados con cifras de Presión Arterial elevada tenían antecedentes de diagnóstico de HTA, pero sólo el 31,4% de ellos seguía un tratamiento antihipertensivo. Se encontró una relación directa entre cifras de Presión Arterial e índices de masa corporal. Es necesaria la difusión permanente de estilos de vida saludables en la comunidad.

**Perú, 2010. Segura.** <sup>(7)</sup> “Tendencias de la Hipertensión arterial en el Perú según los estudios TORNASOL I y II” Perú, 2010. METODOS: II ES un estudio descriptivo transversal realizado entre Marzo 2010 y Enero 2011 en todos los Departamentos del Perú incluyendo la Provincia Constitucional del Callao y el puerto de Chimbote. La ciudad de Lima por su dimensión se dividió en tres sedes de investigación, Lima Norte, Lima Centro y Lima Sur. Se estructuró el mismo cuestionario de TORNASOL I para obtener los datos sobre los factores de riesgo cardiovascular. Participaron encuestadores entrenados, como “A” para llenar el formato de la encuesta y el “B” para medir la circunferencia de la cintura, la frecuencia cardíaca y la presión arterial en posición sentada con el brazo apoyado. REULTADOS: Se realizaron 14,675 encuestas en 26 ciudades distribuidas en todos los departamentos del Perú, 10 en la Costa, 12 en la Sierra y 04 en la selva. En la Sierra 06 ciudades están ubicadas por encima de los 3,000 metros sobre el nivel del mar y 06 por debajo de ese nivel. Luego de una depuración minuciosa quedaron 14,508 encuestas válidas con 1’008,017 datos para los cálculos y análisis correspondientes. Intervinieron 66 investigadores entre principales y secundarios, 1,100 encuestadores, 06 monitoras, 01 estadístico, 02 digitadores y numerosos colaboradores anónimos. La distribución según sexo fue, varones con 7,134 encuestas que corresponde al 49.2% del total (T. I. 7,059 encuestas y 49.5%); para las mujeres 7,374 encuestas, 50.8% del total (T.I. 7,197 encuestas, y 50.5%). La edad promedio de la población estudiada fue 43.4 años, correspondiendo a los varones 44.8 años y a las mujeres 42.1 años. En el análisis de la población por grupo etario, la mayoría de los

encuestados se encontró entre los 18 a 29 años (26%), valor que disminuye progresivamente hasta el 2.2% en los mayores de 80 años.

CONCLUSIONES: La prevalencia de la hipertensión arterial en el Perú se ha incrementado de 23.7 %, según el estudio TORNASOL I (Enero – Diciembre 2004), a 27.3 % de acuerdo a los resultados de TORNASOL II (Marzo 2010 – Enero 2011). También se observa un aumento de la prevalencia de hipertensos en todos los grupos según la clasificación del VII Reporte (JNC VII) y por lo tanto una disminución de normotensos 43.9 % a 35.8%.

### **2.1.3 Antecedentes locales**

**Huánuco, 2012. Núñez.** <sup>(8)</sup> “Nivel de conocimiento y actitud sobre el control de hipertensión arterial en usuarios del programa adulto y adulto mayor ESSALUD UNHEVAL” Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y actitudes sobre el control de hipertensión arterial en usuarios del programa de adulto y adulto mayor ESSalud.II; para dicha investigación se utilizaron los estudios descriptivo – explicativo, prospectivo-transversal. RESULTADO: 1) Según las características socio demográficas estudiadas, en un 67.0% de los usuarios del programa son adultos mayores con hipertensión arterial (más de 65 años), el 61.3% pertenecen al sexo masculino, el 64.0% presentaron el grado de instrucción secundaria, el 50.5% presentan ocupación de su casa y el 60.8% de familiares no presentaron antecedentes de dicha enfermedad. 2) un promedio de 76.8% de adultos y adultos mayores presentaron malos

conocimientos sobre el control de la hipertensión arterial. 3) Según la evolución actitudinal, un porcentaje de 75.3% de adultos y adultos mayores presentaron actitud positiva frente al control de la hipertensión arterial. 4) En cuanto a la relación de datos, un promedio de 76.8% de adultos y adultos mayores presentaron malos conocimientos sobre el control de hipertensión arterial a diferencia del 75.3% presentaron actitud positiva. CONCLUSIÓN: 1) El 76.8% de adulto y adulto mayor presentaron regular y malos conocimientos sobre el control de hipertensión arterial. 2) el 75.3% presentaron actitud positiva frente a su control.

**Tingo María, 2014. ACUÑA.** <sup>(9)</sup> “Nivel de conocimiento y actitudes sobre hipertencion arterial en pacientes atendidos en el programa del adulto mayor del hospital Tingo Maria Enero a Marzo 2014” Peru 2014. METODOS: La presente investigación, tiene un enfoque cuantitativo de tipo observacional, descriptivo. Porque solamente se va a describir los hechos tal como se presentan. Es prospectivo de corte transversal, porque se recolectara los datos conforme se van presentando los hechos y porque se recolectara la información en un solo momento respectivamente. RESULTADOS: En relación a los grupos de edades de la población en estudio, el 28,2% corresponden al grupo de edad entre 75 a 79 años, seguida por un 18,2% que se encuentran entre los grupos de 60 a 64 y 70 a 74 años de edad. La edad promedio fue de 72,4 años, siendo la mínima de 60 años y la máxima 90 años de edad. En relación al sexo de la población atendida en el programa del adulto mayor en estudio,

el 76,0% corresponden al sexo femenino, siendo este género el que más acude al programa del adulto mayor a recibir una atención; el 24,0% corresponden al sexo masculino. Según el estado civil, la población en estudio mencionó en el 37,3% que en la actualidad tienen como condición civil el de viuda/o; el 36,4% se encuentra casada/o; el 18,2% tienen como condición de soltera/o ó conviviente y el 8,2% se encuentra en condición de divorciada desde muchos años. Según el lugar de procedencia, los adultos mayores en estudio mencionó en el 51,8% que corresponden a 57 pacientes que provenían de la zona urbana de Tingo María, es decir de la misma ciudad de Tingo María, un porcentaje del 48,2% de la población mencionó proceder de la zona rural periférica de la ciudad. En cuanto al nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en la población adulta mayor, encontramos que la mayoría el 62,0% que corresponde a 68 pacientes tuvieron un nivel medio de conocimiento; por otro lado, 29,0% que representa 32 pacientes obtuvieron nivel de conocimiento alto y sin embargo 9,0% que corresponde a 10 pacientes alcanzaron un nivel de conocimiento bajo. En relación a las actitudes hacia su enfermedad (hipertensión) en la población adulto mayor en estudio, encontramos que la mayoría del 91,8% que corresponde a 101 pacientes obtuvo una actitud buena y sin embargo, el 8,2% que representa 09 pacientes reconocieron una actitud mala hacia la presencia de hipertensión como enfermedad propia de su edad y que la están padeciendo. CONCLUSION: Existe un predominio del sexo femenino en el grupo de estudio ya que alcanza un 76.0% del total de los pacientes con un mayor grado instrucción

alcanzado en estudio primario con un 68,2%. Según tiempo de enfermedad el (50,9%) de los pacientes tienen entre 1 a 5 años el problema de hipertensión y la mayor parte de la población es femenina con un 68,2%, que se dedica a los que que hacer del hogar. El 62,0% de la población en estudio alcanzo un nivel medio de conocimiento en relación a la hipertensión arterial. El 91,8% de la población en estudio evidencia una actitud buena frente a su enfermedad. En el estudio realizado se encontró que el nivel de conocimiento sobre hipertensión no tiene relación con la actitud del paciente frente a su enfermedad, es decir el paciente puede tener un conocimiento alto o bajo pero su actitud frente a su enfermedad siempre va ser buena.

## **2.2. BASES TEORICAS DE ENFERMERÍA**

### **Virginia Henderson “Teoría 14 necesidades básicas del ser humano”**

<sup>(10)</sup>. Establece que la enfermera ejerza con experticia en el planeamiento científico para mejorar el ejercicio profesional, en consecuencia discute la importancia de la independencia e interdependencia respecto a la asistencia sanitaria; en la teoría determina promover y ejecutar las 14 necesidades básicas del ser humano, precisando en el acápite 9 “Evitar los peligros del entorno” y 2 “Comer y beber adecuadamente” donde la enfermera contextualiza tomando en cuenta: la valoración, diagnostico, planeamiento, ejecución de acciones, orientados a mejorar la alimentación complementaria que repercuta en un estado nutricional adecuado de acuerdo a la etapa de vida en la que se encuentra el ser humano.

**Elisabeth Dorothea Orem “Teoría general de Enfermería”** <sup>(11)</sup>.

Establece que los individuos necesitan ayuda de la enfermera, la teoría pone en práctica mediante pasos ordenados; examinar los factores de riesgo, problemas y el déficit de autocuidado, valoración del conocimiento, analizar los datos de las intervenciones enfermeros, y diseñar y planificar decisiones del autocuidado de la salud; La teoría del autocuidado precisa que el individuo mediante la madurez aprende a solucionar sus problemas de salud en tanto estén afectados por las creencias, culturas, hábitos y costumbres. El déficit del autocuidado planteado por Orem, establece que el ser humano son responsables de los estilos de vida que desarrollan, repercuten sobre el desarrollo humano y su historia natural de la enfermedad; para ello la enfermería cumple con categorías de requisitos de cuidados y son: Universales, de cuidados personales de desarrollo y de los trastornos de salud, promoviendo la compensación como sistema de ayuda ante el déficit del autocuidado.

**Jean Watson. “Teoría del cuidado humano”** <sup>(12)</sup> Considera a la persona como un ser en el mundo, constituido en 3 esferas: el alma, cuerpo y el espíritu. Estas dimensiones la enfermera toma en cuenta para controlar la armonía, basado en el existencialismo, centrada también en las relaciones transpersonales de la persona. Watson propone factores de cuidados para orientar la práctica enfermeros, en pacientes con problemas metabólicos, destaca asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas.



## **Definiciones de hipertensión**

La hipertensión arterial es un estado patológico caracterizado por un aumento de la tensión arterial por encima de los valores normales. Un adulto es hipertenso cuando tiene tensiones arteriales permanentemente elevadas, por encima de 140-90 mmHg. El diagnóstico de hipertensión arterial no debe basarse en cifras altas medidas una sola vez, ocasionalmente, en forma rutinaria o fortuita.

En tal caso las cifras altas pueden deberse a un factor transitorio, como el ejercicio físico inapropiado previo, una sobrecarga o estrés emocional pasajeros, la ingestión inadvertida de alguna sustancia hipertensiva, una incorrección técnica durante la medición, etc. El diagnóstico definitivo de hipertensión arterial se debe hacer tras varias lecturas de la tensión arterial, incluyendo algunas en el domicilio del paciente o en su medio habitual de vida, fuera de la consulta médica.

## **TIPOS DE HIPERTENSIÓN**

### **Según su Etiología:**

**Hipertensión arterial esencial o primaria:** la causa del 90% de los casos de hipertensión arterial es desconocida, siendo una afección Poligenica y multifactorial.

**Hipertensión arterial secundaria:** es el resultado de un amplio espectro de enfermedades. Su prevalencia en mayores de 70 años es entorno al 17-18%. La causa más frecuente en el anciano es la hipertensión por alteración de la

circulación renal. Le siguen en frecuencia otras enfermedades como el hipotiroidismo primario o la insuficiencia renal, entre otras.

**Según la intensidad de las cifras de tensión:** Se establecen unos grupos de presión arterial: óptima (<120/80 mm Hg), normal (<130/85 mm Hg), normal-alta (130-139/85-89 mm Hg) y alta con diferentes estadios en función de los niveles de presión arterial, a saber, estadio I o ligera a 140-159/90-99 mm Hg, estadio II o moderada a 160-179/100-109 mm Hg y estadio III o hipertensión grave si es mayor de 179/109 mm Hg.

**Según el grado de afectación de los órganos:**

Trastornos clínicos asociados como la insuficiencia cardíaca o los accidentes vasculares cerebrales, y/o la presencia de 28 factores de riesgo cardiovasculares como tabaco, dislipidemia o diabetes mellitus, se establecen varios grupos de riesgo.

### **Causas de Hipertensión primarias**

Se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial más frecuente, denominada "hipertensión esencial", "primaria" o "idiopática". En la hipertensión esencial no se han descrito todavía las causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren. Conviene separar aquellos relacionados con la herencia, el sexo, la edad y la raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y las costumbres de las personas, como: la obesidad, la

sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

- **Herencia:** cuando se transmite de padres a hijos se hereda una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.
- **Sexo:** Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existe un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas.
- **Edad y raza:** La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca, además de tener un peor pronóstico.

- **Sobrepeso:** Los individuos con sobrepeso están más expuestos a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de la hipertensión arterial entre los obesos, independientemente de la edad, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal. No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de la hipertensión, o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones.

### **Causas de Hipertensión secundarias**

- **Causas Renales:** El (2,5-6%) de la hipertensión incluyen las enfermedades del parénquima renal y enfermedades vasculares renales como las siguientes: Enfermedad renal poli quística, Enfermedad renal crónica. Tumores productores de renina, El síndrome de Liddle, Estenosis de la arteria renal. La hipertensión reno vascular (HTRV) produce el 1,2-4 por ciento de los casos. Ya que el experimento seminal en 1934 por Goldblatt, la RVHT se ha reconocido cada vez más como una causa importante de hipertensión clínicamente atípica y como una enfermedad renal crónica. La coexistencia de la enfermedad renal arterial vascular y

la hipertensión se define más o menos este tipo hipertensión. Se realizan diagnósticos más específicos a posteriori cuando la hipertensión ha mejorado tras una intervención intravascular

- **Causas vasculares:** Incluyen coartación de aorta, Vasculitis, enfermedades vasculares del colágeno.
- **Causas endocrinas:** Representan el 1-2 por ciento e incluyen desequilibrios hormonales exógenos o endógenos. Las causas exógenas incluyen la administración de esteroides. La forma más común de hipertensión secundaria se debe a una causa renal (aunque la verdadera prevalencia del Hiperaldosteronismo no es clara).
- **Causa común endocrina:** el uso de anticonceptivos orales, la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) es el mecanismo probable, porque la síntesis hepática del angiotensinógeno es inducida por el componente de estrógeno de los anticonceptivos orales. Aproximadamente el 5 por ciento de las mujeres que toman anticonceptivos orales pueden desarrollar hipertensión. Los factores de riesgo para la hipertensión asociada con el consumo de anticonceptivos orales incluyen la enfermedad renal leve y la obesidad, sería preferible agrupar los anticonceptivos orales y los esteroides con la hipertensión inducida por fármacos.

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden tener efectos adversos sobre la tensión arterial. Estos fármacos bloquean tanto la ciclooxigenasa-1 (COX-1) como las enzimas COX-2. La inhibición de la

COX-2 puede inhibir su efecto natri urético que, a su vez, aumenta la retención de sodio, los antiinflamatorios no esteroideos también inhiben los efectos vasodilatadores de las prostaglandinas y la producción de factores vasoconstrictores, es decir, la endotelina-1. Estos efectos pueden contribuir a la inducción de la hipertensión en un paciente con hipertensión controlada o normo tenso.

- **Causas hormonales endógenas incluyen:** Hiperaldosteronismo primario, el síndrome de Cushing, Feocromo-citoma, Hiperplasia suprarrenal congénita.
- **Causas neurogénicas incluyen:** Tumores cerebrales, Poliomielitis bulbar. Hipertensión intracraneal.
- **Drogas y toxinas que causan la hipertensión incluyen:** Alcohol, cocaína, ciclosporina, tacrolimus, fármacos antiinflamatorios no esteroides, eritropoyetina, medicaciones adrenérgicas, descongestionantes que contienen efedrina, remedios a base de hierbas que contienen regaliz, Nicotina.
- **Otras causas:** Hipertiroidismo e hipotiroidismo, hipercalcemia, hiperparatiroidismo, acromegalia, apnea obstructiva del sueño hipertensión inducida por el embarazo.

La apnea obstructiva del sueño es un trastorno de la respiración relacionado con el sueño caracterizado por al menos 10 episodios de apnea y de hipopnea por hora de sueño, lo que produce sueño durante el

día. Varios estudios han mostrado que este trastorno es un factor de riesgo independiente al desarrollo de hipertensión, tras haber sido ajustado por edad, sexo y grado de obesidad. Aproximadamente la mitad de los individuos con hipertensión presentan apnea obstructiva del sueño, y aproximadamente la mitad con apnea obstructiva del sueño padecen hipertensión. La monitorización ambulatoria revela normalmente una "caída" de la presión arterial de al menos un 10 por ciento durante el sueño. Sin embargo, si un paciente no experimenta estas "caídas", las posibilidades de que el paciente sufra apnea obstructiva del sueño son mayores, numerosos estudios han demostrado que el tratamiento de la AOS por presión positiva continua (CPAP) o terapia posición reduce los niveles de presión arterial. <sup>(13)</sup>

### TABLA N° 1

**VALORES DE REFERENCIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL** (Seguin, The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure - JNC 7, de los EE.UU.)

<b>Categoría*</b>	<b>PAS (mmHg)</b>		<b>PAD (mmHg)</b>
Normal	< 120	y	< 80
Pre hipertensión	120 – 139	o	80 – 89
Hipertensión:			
- Estadio 1	140 – 159	o	90 – 99
- Estadio 2	mayor o igual a 160	o	mayor o igual a 100

**TABLA N° 2**

**VALORES DE REFERENCIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL** (Según, The European Society of Hypertension)

<b>Categoría*</b>	<b>PAS (mmHg)</b>	<b>PAD (mmHg)</b>
Óptima	< 120	< 80
Normal	120 – 129	80 – 84
Normal-elevada	130 – 139	85-89
Hipertensión:		
- Grado 1	140 – 159	90 – 99
- Grado 2	160 – 179	100-109
- Grado 3	mayor o igual a 180	mayor o igual a 110
*Se clasifica según el valor más alto de la PAS o PAD, es decir cuando la PAS y La PAD corresponden a diferentes categorías, deberá aplicarse la categoría más elevada.		

Estas clasificaciones tienen la finalidad de orientar a los médicos, hacia la elección de medidas de prevención o tratamiento de nuestros pacientes.

### **Complicaciones de la hipertensión**

La hipertensión está asociada con varias enfermedades graves, tales como:

- Insuficiencia cardiaca
- Infarto de miocardio
- Arritmias
- Muerte súbita
- Los aneurismas



- Retinopatía hipertensiva (daño a los ojos)
- Insuficiencia renal crónica
- Accidente cerebrovascular
- Demencia de origen vascular
- Arterioesclerosis

La hipertensión no tiene cura y el objetivo del tratamiento es evitar que los principales órganos como el corazón, ojos, cerebro y los riñones sufran lesiones que causan las enfermedades descritas anteriormente. Como ya se mencionó, las lesiones iniciales de la hipertensión son asintomáticas, sin embargo, hay exámenes que pueden detectarlas prematuramente.

## **RIESGOS DE LA HIPERTENSIÓN**

### **➤ RIÑONES**

Una manifestación temprana de daño renal por la hipertensión es la presencia de proteína en la orina, llama proteinuria. Estas proteínas se pueden detectar fácilmente a través de un examen de orina simple. Pequeñas cantidades de proteína son asintomáticas. Lesiones renales avanzadas llevan a grandes proteinurias, que se manifiestan con una formación de gran cantidad de espuma en la orina (tipo de cuello de la cerveza). Otro signo de enfermedad avanzada es la elevación de la creatinina en la sangre. La presión arterial alta no tratada puede a largo plazo, conducir a la insuficiencia renal y hemodiálisis.

## ➤ OJOS

La hipertensión causa daño a los vasos que irrigan los ojos causando pérdida progresiva de visión. Un examen del fondo de ojo puede revelar lesiones tempranas que no causa síntomas.

Mira las 2 fotos por debajo de un examen de fondo de ojo. La primera es un ojo normal. La segunda es un ojo con una retinopatía hipertensiva avanzada. Los puntos rojos redondeados son sangre y los puntos brillantes son signos de inflamación. Nota la deformidad de los vasos sanguíneos.

## ➤ CORAZÓN

El corazón es tal vez el órgano que más sufre con la presión arterial alta. Con la hipertensión, el corazón tiene que bombear sangre con más fuerza para superar esta resistencia y provoca una hipertrofia del músculo cardíaco (aumentar la masa muscular). Un corazón con mayor masa muscular, tiene un espacio más pequeño en su cavidad para recibir la sangre. Esto se llama disfunción diastólica.

Por lo tanto, la hipertrofia ventricular izquierda y la disfunción diastólica son los primeros signos de estrés cardíaco por la hipertensión. Puede ser detectada en el electrocardiograma, pero se ven mejor en la ecocardiografía.

Como una banda de goma que ha sido tensa y con el tiempo pierde su elasticidad, el corazón después de años de esfuerzo por la presión arterial, comienza a dilatarse y perder la capacidad de bombear sangre. En esta etapa le da el nombre de la insuficiencia cardíaca

## ➤ CEREBRO

Uno de los factores de riesgo más importante para el accidente cerebrovascular es la hipertensión.

A veces, los infartos son pequeños y no causan secuelas neurológicas agudas. A medida que pasa el tiempo y la hipertensión no se controla, estas pequeñas lesiones se multiplican, siendo responsable de la muerte de miles de neuronas.

El paciente empieza a presentar una pérdida progresiva de las capacidades intelectuales que a menudo pasan desapercibidos por la familia en las primeras etapas, pero al final, conduce a llamada demencia multi-infarto o demencia vascular.

En la mayoría de las veces estas lesiones descritas anteriormente se pueden revertir si se trata a tiempo. Pero para ello es necesario ser conscientes de que la hipertensión debe ser tratada antes de los síntomas de las lesiones de órganos diana aparecer, y no después.

Los principales factores de riesgo para la hipertensión son:

- Edad
- Mala alimentación
- Sexo
- Obesidad
- Consumo exceso de sal
- Obesidad
- Hábitos tóxicos
- Estilo de vida: Falta de ejercicio físico

- Antecedente Familiar
- Diabetes
- Consumo de cafeína
- Apnea obstructiva del sueño
- Tabaco

Una vez diagnosticada, los pacientes deben someterse a cambios en el estilo de vida antes de iniciar la terapia de drogas. Las principales acciones son:

- Reducción de peso
- Inicio de actividad física
- Dejar de fumar
- Reducir el consumo de alcohol
- Reducir la ingesta de sal
- Reducir el consumo de grasas saturadas
- Aumentar el consumo de frutas y hortalizas

Los pacientes que ya han llegado a la primera consulta con presión arterial alta y con signos de daño de órganos deben iniciar el tratamiento farmacológico de inmediato, porque el hecho indica que la hipertensión es de larga data. Sólo los pacientes con signos de daño de órganos o con Diabetes, deben comenzar un tratamiento farmacológico inmediatamente. Obviamente, los cambios en el estilo de vida también se indican en este grupo.

## **2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES**

### **Estilos de vida.**

Se define como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupos; Comportamientos de una persona, tanto desde un punto de vista individual como de sus relaciones de grupo, que se constituye en torno a una serie de patrones conductuales comunes.<sup>(14)</sup>

### **Riesgo**

Posibilidad que se produzca un contratiempo, o una desgracia de que alguien o algo sufran perjuicio o daño. La palabra riesgo es tan antigua como la propia existencia humana, con la posibilidad de perder algo, de tener un resultado no deseado, negativo o peligroso.<sup>(15)</sup>

### **Hipertensión Arterial**

Presión excesivamente alta de la sangre sobre la pared de las arterias, conocida también como la tensión arterial alta o elevada, trastorno en que los vasos tienen una tensión persistentemente alta. La tensión arterial, el corazón cumple una función importante de esfuerzo donde las redes arteriales se manifiestan con la contracción del mismo.<sup>(16)</sup>

### **Adulto mayor**

Es el termino o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprenden personas que tienen más de 65 años de edad y

por haber alcanzado el rango establecido por las políticas sanitarias y estadísticas, conocidos también como la tercera edad o ancianos; esta etapa del adulto mayor se considera la última en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. <sup>(17)</sup>

### **No transmisibles**

Son todas aquellas enfermedades que no son contagiosas, pero que son perjudiciales para la vida de cualquier persona que ha sido diagnosticado por un especialista.

Son aquellas que una vez diagnosticadas se producen durante muchos años, ocasionan la muerte en un plano más o menos largo y necesitan de un control médico periódico y tratamiento por toda la vida.<sup>(18)</sup>

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1 Hipótesis general**

**Ha:** Los estilos de vida y los riesgos internos, son condicionantes de Hipertensión arterial en el adulto mayor atendido en la estrategia no transmisible del Hospital Tingo María, agosto 2015

**Ho:** Los estilos de vida y los riesgos internos, no son condicionantes de Hipertensión arterial en el adulto mayor atendido en la estrategia no transmisible del Hospital Tingo María, agosto 2015

### **2.4.2. Hipótesis Específicas**

**Ha1:** Los estilos de vida como la mal nutrición por exceso, el consumo desmedido de sal y los hábitos tóxicos son condicionantes directos a desencadenar Hipertensión Arterial en el adulto mayor.

**Ho1:** Los estilos de vida como la mal nutrición por exceso, el consumo desmedido de sal y los hábitos tóxicos **no son** condicionantes directos a desencadenar Hipertensión Arterial en el adulto mayor.

**Ha2:** Los riesgos directos como el sexo, la obesidad y los antecedentes familiares **son** condicionantes para contraer la Hipertensión Arterial en el adulto mayor.

**Ho2:** Los riesgos directos como el sexo, la obesidad y los antecedentes familiares **no son** condicionantes para contraer la Hipertensión Arterial en el adulto mayor.

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1 Variable dependiente.**

Hipertensión Arterial.

### **2.5.2 Variable Independiente.**

Estilos de vida y riesgos.

### **2.5.3 Variables de caracterización.**

- Mal nutrición por exceso
- Consumo de sal desmedido

- Hábitos tóxicos
- Sexo
- Obesidad
- Antecedentes familiares

## 2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable independiente	Indicador	Valor final	Tipo y escala de medición
Mal nutrición por exceso	Excede valor normal	Si No	nominal dicotómica
Sexo	genero	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Consumo desmedido de sal	Tolerancia al gusto	Si No	Cualitativa nominal
Obesidad	Evaluación de IMC	Si No	Cualitativa nominal
Estilo de consumo	Hábitos tóxicos	Café Alcohol Tabaco otros	Cualitativa nominal politómicas
Antecedentes familiares: DM	valoración	Si No	Cualitativa nominal



## **CAPITULO III**

### **3. MARCO METODOLOGICO**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo observacional analítico, describe las variables tal como se presentó, no se manipuló ninguna variable. Se recolectó la información en un solo momento retrospectivo.

##### **3.1.1. Enfoque**

El enfoque de la investigación fue el cuantitativo, adoptándose a los criterios de validez de contenido, encontrando la lógica de mejorar el conocimiento de los estilos de vida y reducir los riesgos de contraer enfermedades no transmisibles como la Hipertensión arterial.

##### **3.1.2. Alcance o nivel**

Mediante el número de variables de interés, el estudio fue de tipo descriptivo observacional de tipo casos y controles, donde nos permitió alcanzar y explicar estilos de vida y riesgos asociados a la Hipertensión arterial.

##### **3.1.3. Diseño**

En el presente estudio se trabajó con un diseño descriptivo observacional de tipo casos y controles, es un estudio retrospectivo, se captó la información de las variables en relación a los factores asociados después de haberse producido el evento.

El presente estudio de investigación tendrá un diseño descriptivo con el esquema:

C-----C

Dónde:

C = Casos

C = Controles

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estuvo conformada por 157 pacientes con hipertensión arterial que acudieron al consultorio del programa estratégico no transmisibles en el Hospital Tingo María - 2015.

#### **3.2.1. Tamaño de muestra**

El tamaño de la muestra se determinó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 0.05%. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizará la fórmula estadística de proporciones para una población finita.

#### **3.3.2. Tipo de muestreo**

El tipo de Muestreo que se utilizó fue el muestreo Probabilístico aleatorio simple, elemental por el tamaño de población y el reajuste necesario.

## FORMULA

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

Donde:

- $N$  = Total de la población
- $Z$  = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- $p$  = proporción esperada (en este caso 50% = 0.50)
- $q$  =  $1 - p$  (en este caso  $1 - 0.50 = 0.50$ )
- $e$  = precisión (Se usa un 5%).

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.50 * 0.50 * 157}{0.05^2 * (157 - 1) + 1.96^2 * 0.50 * 0.50}$$

$$N = 276.5952 / 1.6779$$

$$n = 112$$

Aplicado la técnica de tamaño de muestra, se obtuvo una muestra de 112 adultos mayores atendidos en el programa estratégicos de enfermedades no transmisibles del Hospital Tingo María.

### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

#### 3.3.1. Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó el método inductivo y deductivo, como técnica la encuesta y el instrumento fue el cuestionario, lo cual se aplicó al adulto mayor atendido en el programa estratégico No transmisibles en el Hospital Tingo María; lo cual nos sirvió para recoger información concernientes a los estilos de vida y riesgo en el adulto mayor con Hipertensión Arterial.

El cuestionario para determinar nivel de satisfacción consta de 15 preguntas, con respuestas cerradas dicotómicas y politómicas, las mismas que nos sirvió para determinar la relación entre los estilos de vida y riesgos asociados a la hipertensión arterial en pacientes adulto mayores atendidos en el programa estratégico no transmisibles del Hospital Tingo María.

### **3.3.2. Técnicas para la presentación de datos.**

Para la elaboración de datos del presente estudio se consideraron las siguientes etapas:

- **Revisión de datos.** Se examinaron en forma rigurosa cada uno de los instrumentos de recolección de datos; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de datos.** se realizaron en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables de estudio.
- **Clasificación de los datos.** Se ordenaron de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Procesamiento de los datos.** Se realizó el tratamiento de la información mediante el análisis estadístico planteado.
- **Presentación de datos.** Se muestra a continuación datos en tablas académicas y figuras de las variables en estudio.

### **3.3.3. Técnica para análisis e interpretación de datos**

Para el análisis de los datos, se utilizó la estadística descriptiva teniendo en cuenta las medidas de tendencia central tales como media y mediana, así mismo se utilizó la desviación estándar, la información se presentara a través de tablas y gráficos con sus respectivas frecuencias absolutas y porcentuales, los cuales se realizaran en el SPSS V. 21 y el EXCEL. se utilizó la estadística no paramétrica en la prueba de chi - cuadrada ( $\chi^2$ ), dado que las variables de la hipótesis son de naturaleza nominal y lo que se pretende es estimar la asociación de las mismas.

## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS

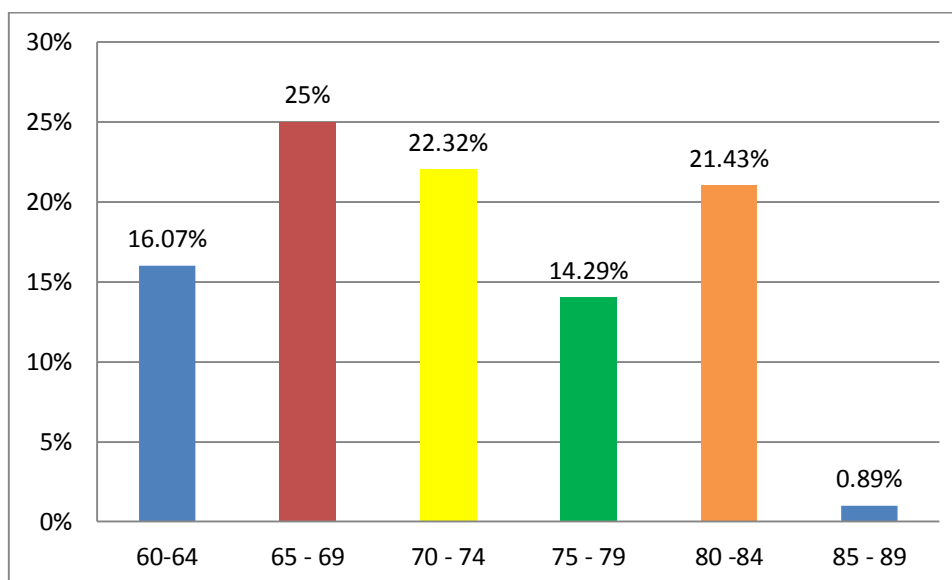
#### 4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

**Tabla N° 01: Distribución porcentual según edad de adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Edad agrupada	Frecuencia	Porcentaje
60-64	18	16.07%
65 – 69	28	25%
70 – 74	25	22.32%
75 – 79	16	14.29%
80 -84	24	21.43%
85 – 89	1	0.89%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Grafico N° 01: Porcentaje, según edad de adulto Mayor atendido en No transmisibles HTM 2015**



Fuente: Tabla 01.

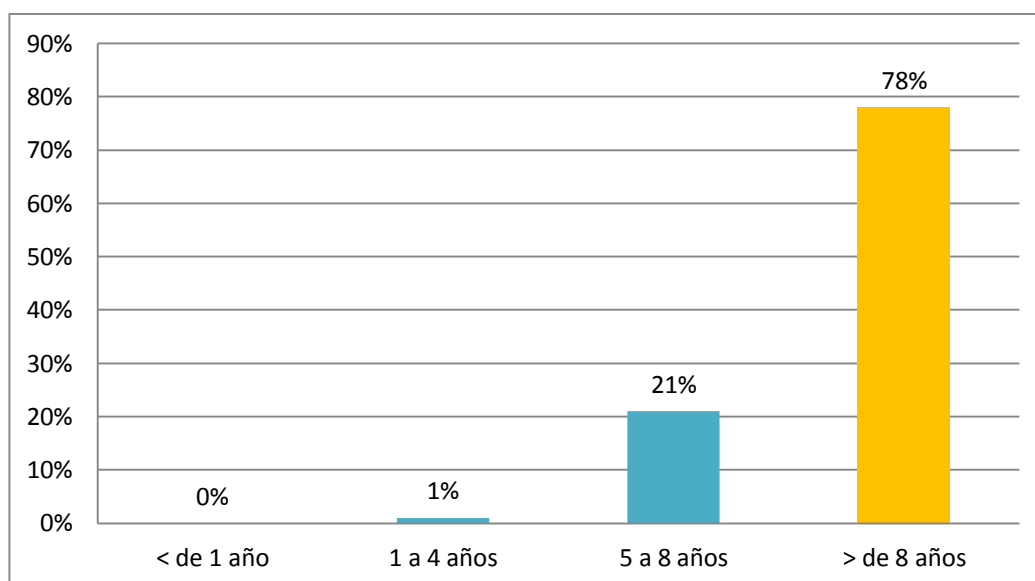
**Interpretación:** En el gráfico se observa edades de adultos mayores de la estrategia sanitaria de no transmisibles, tuvo mayor predominancia de usuarios entre 65 a 69 años representando el 25%, seguidamente de 70 a 74 años haciendo un 22.32% en tanto menor participación están de 85 a 89 años con un 0.89%; todos ellos con la clínica de Hipertensión arterial.

**Tabla N° 02: Distribución porcentual según tiempo de residencia del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
< de 1 año	0	0%
1 a 4 años	1	1%
5 a 8 años	23	21%
> de 8 años	88	78%
total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Grafico N° 02: Porcentaje de Adulto mayor, según tiempo de residencia que acude a no transmisibles del HTM 2015**



Fuente: Tabla 02.

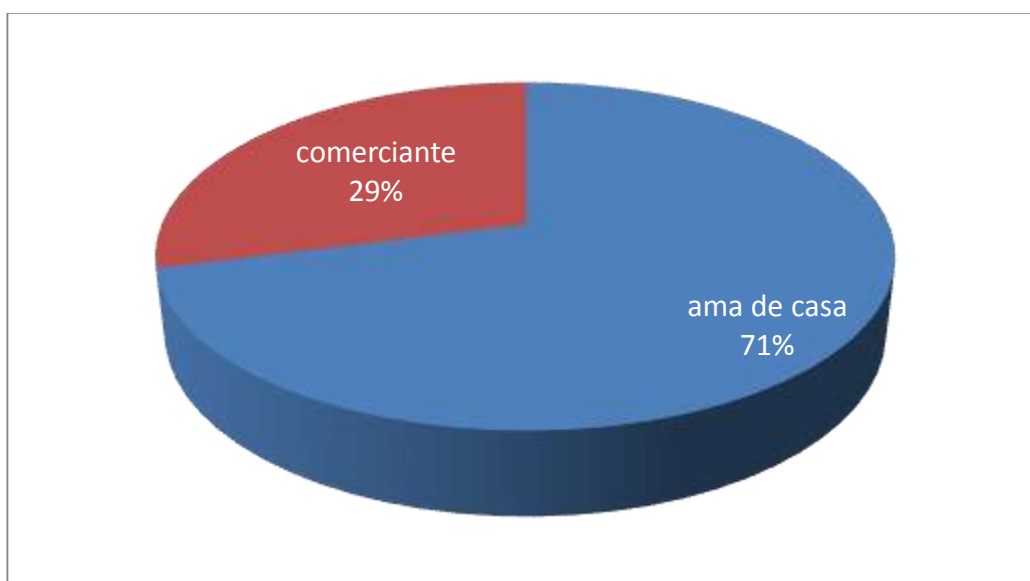
**Interpretación:** En el gráfico demuestra, los adultos mayores tienen la residencia que supera el quinquenio, siendo mayor de 8 años con un 78% viven bajo los hábitos y costumbres amazónicos que podrían asociarse a la hipertensión arterial; asimismo un 21% refieren vivir en la zona de 5 a 8 años, tiempo prudencial para coger estilos de vida y asociarse al riesgo que ocasionaría la Hipertensión arterial, existe el 1% de ciudadanos que radican de 1 a 4 años en la localidad, lo que indica incursionarse con sus costumbres, hábitos y costumbres.

**Tabla N° 03: Distribución porcentual según ocupación del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	79	71%
comerciante	33	29%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Grafico N° 03: Adulto mayor según ocupación registrada en la estrategia No transmisible del HTM 2015**



Fuente: Tabla 03.

**Interpretación:** En la representación gráfica se observa la singularidad de ocupaciones, siendo la ocupación ama de casa que ocupa el primer lugar de respuesta con 71%, mostrando además la ocupación de comerciante con un 29%, lo que representa que la población adulta mayor antiguamente no tuvieron oportunidades de desarrollo humano, asociado la perspectiva haber adquirido hábitos y estilos de vida para la eventualidad, asociándose a riesgos para la salud.

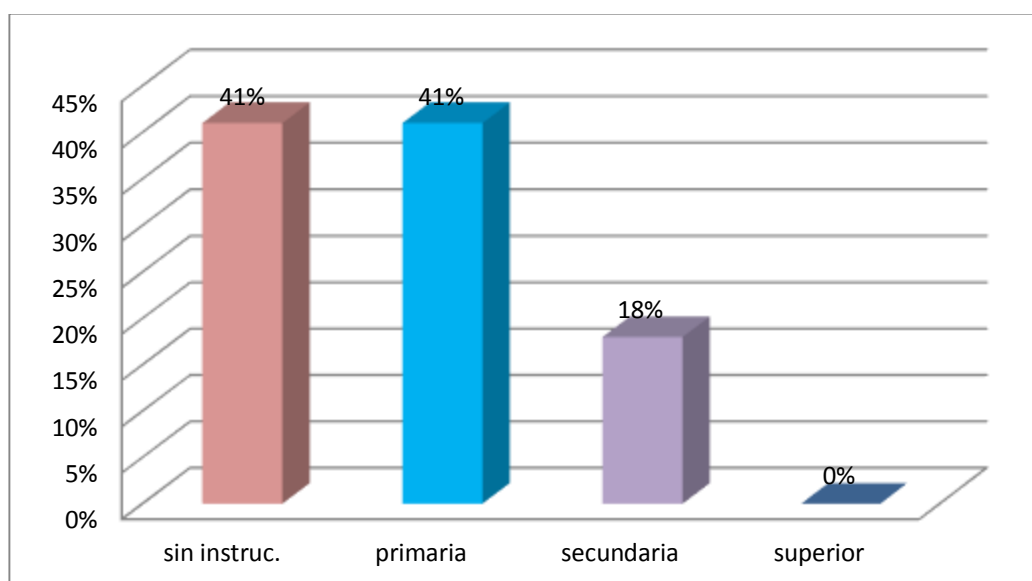


**Tabla N° 04: Distribución porcentual según Grado de Instrucción del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Grado de instrucción.	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción.	46	41%
primaria	46	41%
secundaria	20	18%
superior	0	0%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Grafico N° 04: Porcentaje de Adulto Mayor, según grado de instrucción atendido en el HTM 2015**



Fuente: Tabla 04.

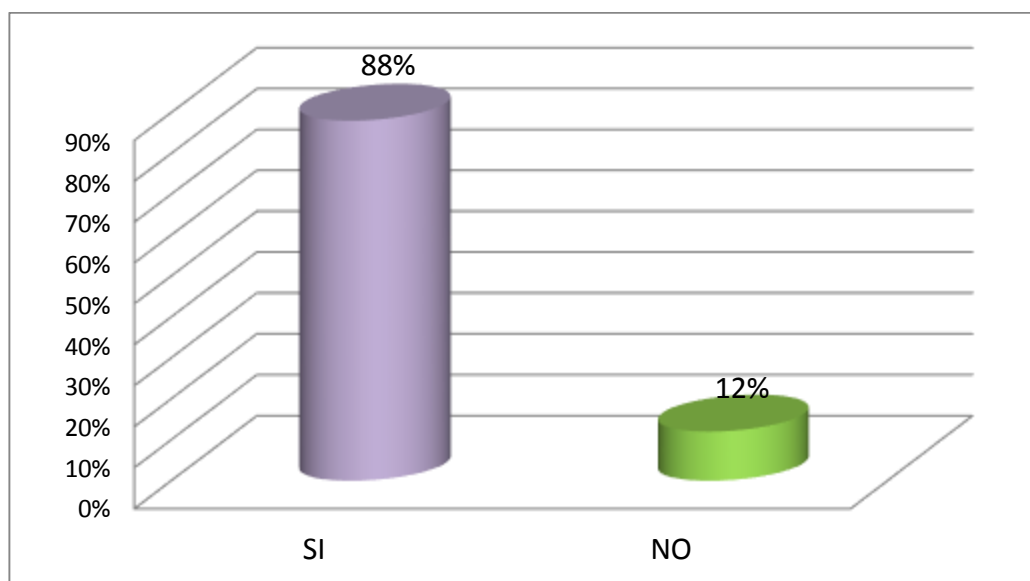
**Interpretación:** El gráfico representa el nivel de estudios de los adultos mayores que obtuvieron durante su transición, siendo el 41% sin instrucción, en tanto el 41% paradójico estudiaron la primaria completa, extrapolándose en los resultados para el grado de secundaria con el 18%, ello constituye que el enfoque de alimentación y nutrición se desarrollaron acorde a los requerimientos sin tomar en cuenta la práctica de estilos de vida y disminución de los riesgos para la salud.

**Tabla N° 05: Distribución porcentual según Actividad física del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Actividad física	Frecuencia	Porcentaje
SI	99	88%
NO	13	12%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Gráfico N° 05: Adulto Mayor según actividad física, atendido en el HTM 2015**



Fuente: Tabla 05.

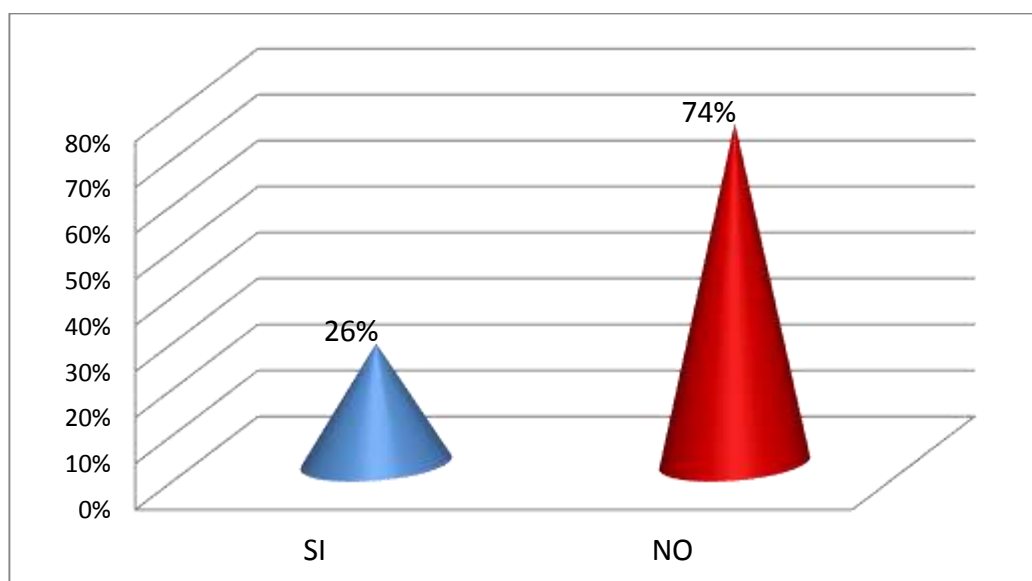
**Interpretación:** En la representación gráfica se percibe sobre la opinión de los adultos mayores que si realizan actividad física el 88%, en tanto que el 12% de ellos no realizan actividad física, constituyéndose en riesgos para la salud, sobre todo el no hábito mejorar la oxigenación y circulación mediante esta actividad principal dentro del contexto funcional.

**Tabla N° 06: Distribución porcentual según Episodios cardiacos del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Episodio cardiaco	Frecuencia	Porcentaje
SI	29	26%
NO	83	74%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Grafico N° 06: Adulto Mayor, según episodio de Enf. Cardiaca atendida en el HTM 2015**



Fuente: Tabla 06.

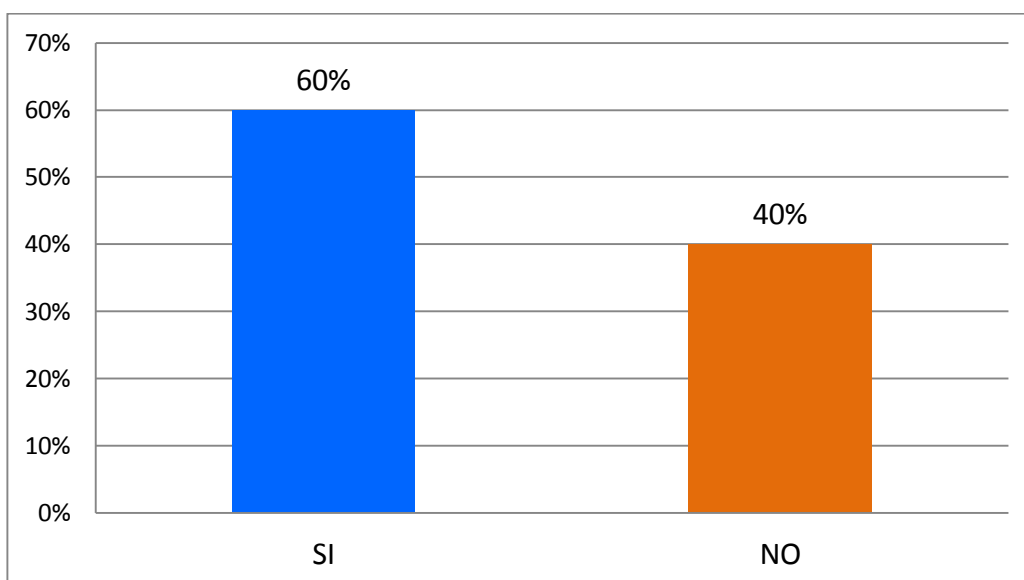
**Interpretación:** El gráfico representa si el adulto mayor ha presentado en una afección cardiaca, los considerando fueron que el 74% responde que no tuvieron ningún episodio de alteraciones cardiacas, en tanto que un 26% indican si haber presentado afección al corazón que coincidía con el incremento del índice de masa corporal y los hábitos no favorables para preservar la salud.

**Tabla N° 07: Distribución porcentual según Episodio de Hipertensión Arterial del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Episodio de HTA	Frecuencia	Porcentaje
SI	67	60%
NO	45	40%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Gráfico N° 07: Adulto Mayor, según episodio de Hipertensión Arterial atd, HTM 2015**



Fuente: Tabla 07.

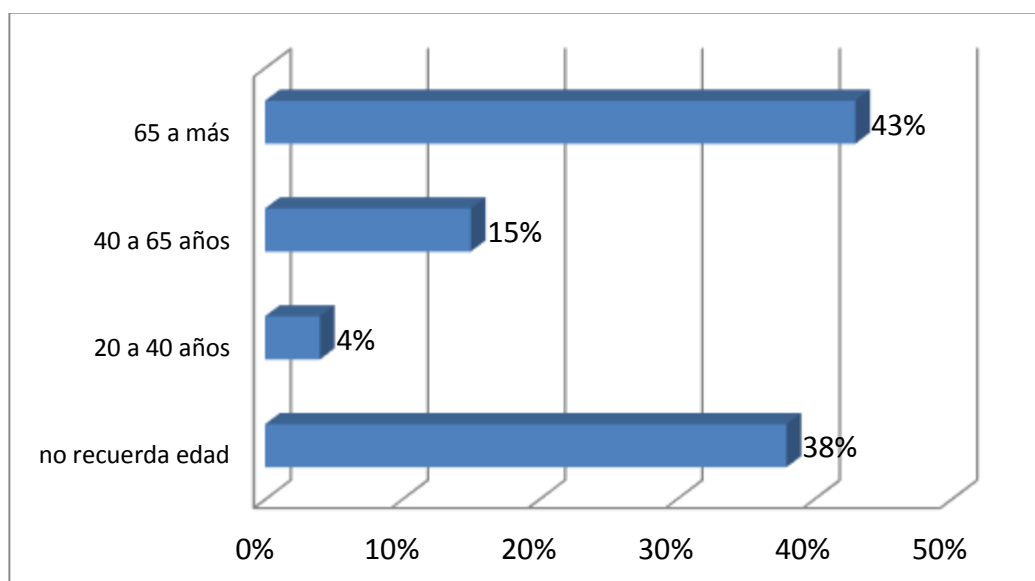
**Interpretación:** El gráfico demuestra, que los adultos mayores iniciaron con episodios leves de tensión arterial, respondiendo el 60%. Fueron alertados por la alteración en la presión arterial, lo cual indica disminución de los riesgos y fortalecer los hábitos; asimismo el 40% indicaron no haber presentado manifestación temprana, siendo una manifestación abrupta por el cual está acudiendo a sus controles en la estrategia de no transmisibles.

**Tabla N° 08: Distribución porcentual según Edad del adulto mayor atendidos en inicio HTA en el HTM, 2015.**

Edad de inicio HTA	Frecuencia	Porcentaje
no recuerda edad	43	38%
20 a 40 años	4	4%
40 a 65 años	17	15%
65 a más	48	43%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Grafico N° 08: Adulto Mayor, según edad de inicio de enfermedad atendido. HTM 2015**



Fuente: Tabla 08.

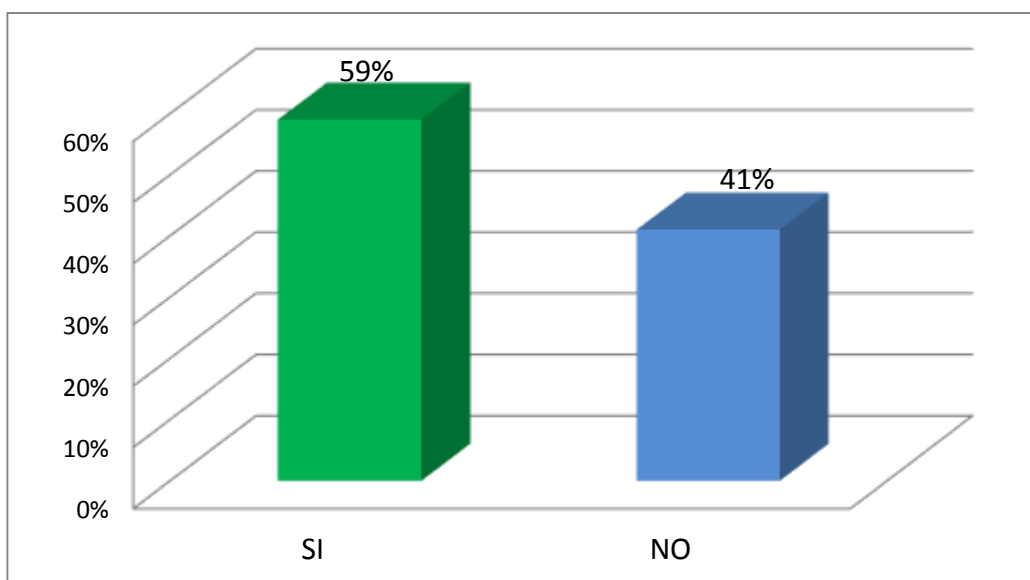
**Interpretación:** se lustra que un 43% de adultos mayores iniciaron la enfermedad a partir de los 65 años de edad, concordante con los resultados del grafico anterior, siendo el 38% de adultos que no recuerdan exactamente la edad de inicio, lo cual estaría asociándose al incremento de la proporción hacia los consultantes de menores edades, Asimismo un 4% representa a que existen casos desde temprana edad al considerarse prematuros y con riesgos asociados y 15% entre los 40 a 65 años de edad.

**Tabla N° 09: Distribución porcentual según Conocimiento síntoma HTA del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Conoce síntoma HTA	Frecuencia	Porcentaje
SI	66	59%
NO	46	41%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Gráfico N° 09: Porcentaje de Adulto Mayor si conoce síntoma de hipertensión atendido, HTM 2015**



Fuente: Tabla 09.

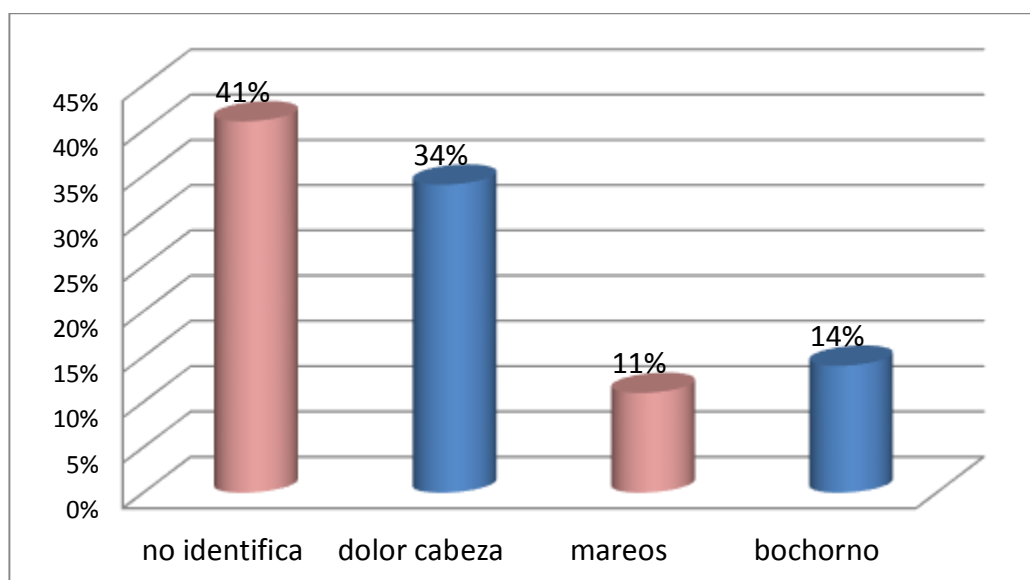
**Interpretación:** La muestra en estudio responde que sí reconoce los síntomas de una Hipertensión arterial, representa el 59% considerando que las respuestas obedecen a conocimiento de enfermedades de familiares o vecinos que manifestaron tener síntomas relacionado a hipertensión; en tanto que el 41% refieren no conocer los síntomas de cómo se presenta la enfermedad, caracterizando que los estilos de vida podrían estar vinculados a desconocer a falta de información.

**Tabla N° 10: Distribución porcentual según reconoce síntomas específicos del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Síntomas específicos	Frecuencia	Porcentaje
no identifica	46	41%
dolor cabeza	38	34%
mareos	12	11%
bochorno	16	14%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Gráfico N° 10: Adulto Mayor, según reconocimiento síntomas, específicos atendido en el HTM 2015**



Fuente: Tabla 10.

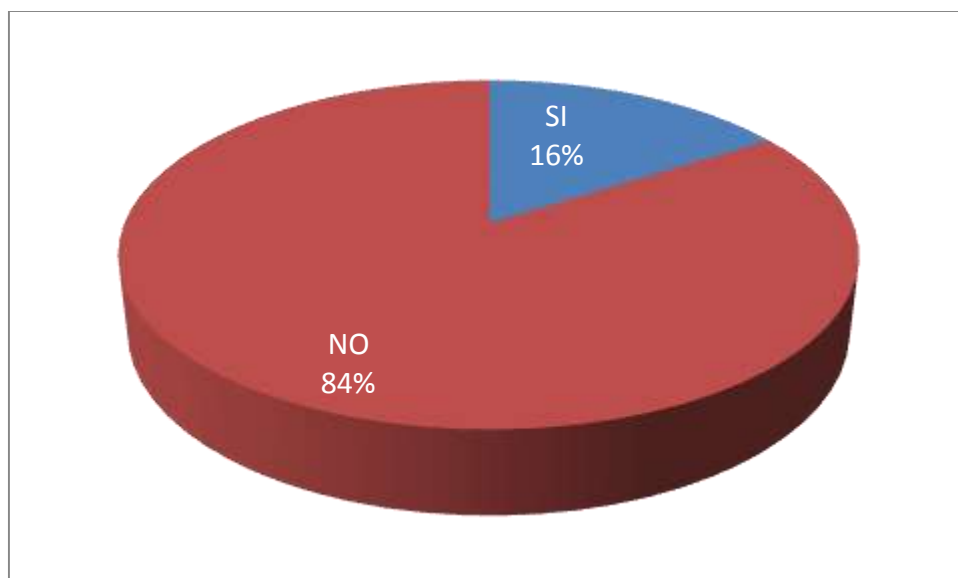
**Interpretación:** el gráfico demuestra los adultos mayores el 41% no reconocen síntomas específicos de hipertensión arterial, en tanto el 34% identifica dolor de cabeza, el 14% sienten bochorno y el 11% refieren tener mareos, existiendo un gran porcentaje de adultos mayores que no se encuentran en las condiciones de reconocer oportunamente la sintomatología y prevenir consecuencias, tornándose en riesgo para la Hipertensión arterial.

**Tabla N° 11: Distribución porcentual según casos familiares del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Casos familiares	Frecuencia	Porcentaje
SI	18	16%
NO	94	84%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Grafico N° 11: Porcentaje de adulto Mayor, según casos familiares de HTA, registrados en HTM 2015**



Fuente: Tabla 11.

**Interpretación:** el gráfico demuestra que el 84% los familiares no presentaron casos de hipertensión arterial, lo cual indica que los actualmente afectados han adquirido por el estilo de vida y exposición a los riesgos para la hipertensión, en tanto que el 16% manifiestan que si tienen familiares con antecedente de Hipertensión arterial.

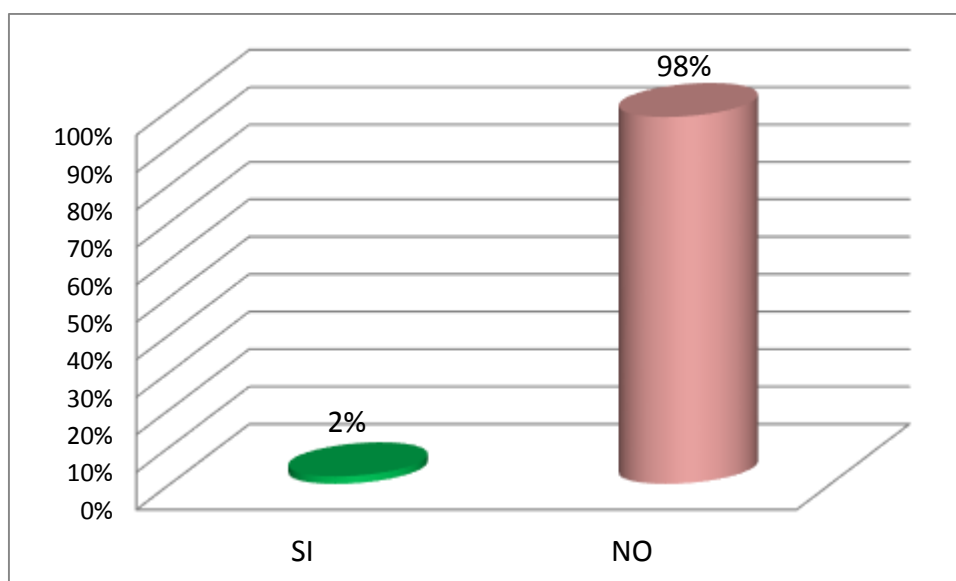


**Tabla N° 12: Distribución porcentual según Hábito de fumar del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Hábito de fumar	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	2%
NO	110	98%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Grafico N° 12: Porcentaje de adulto mayor, según hábito de fumar, registrado en HTM 2015**



Fuente: Tabla 12.

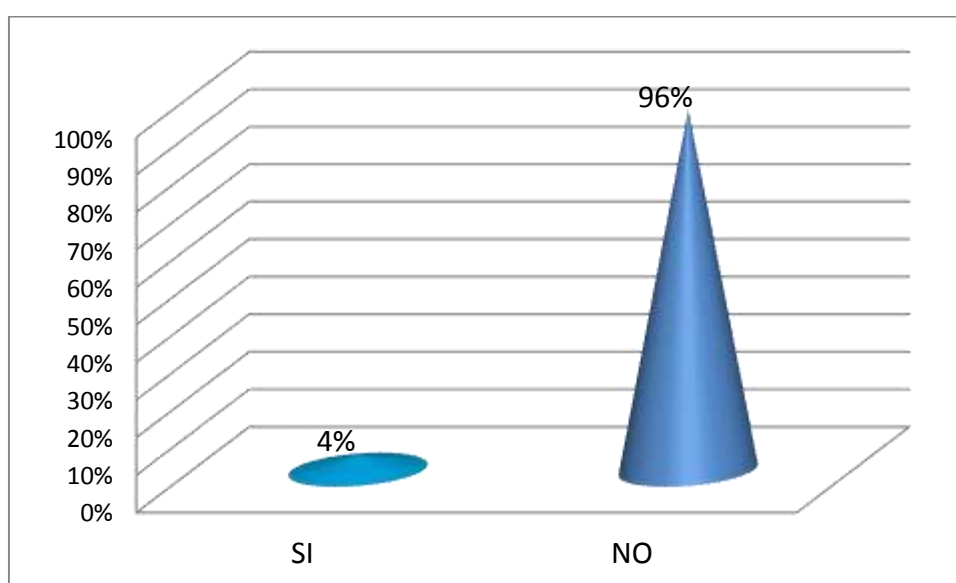
**Interpretación:** el gráfico demuestra que el 98% de adultos mayores no tienen preferencia de fumar, en tanto que el 2% responden que si pero eventualmente, situación que considera no encontrarse dentro de estilos de vida pero que si están en riesgo, tomándose como referencia para la delimitación frente a la hipertensión arterial.

**Tabla N° 13: Distribución porcentual según Hábito consumo Alcohol del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Hábito consumo alcohol	Frecuencia	Porcentaje
SI	4	4%
NO	108	96%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Grafico N° 13: Porcentaje de adulto mayor, según hábito de consumo alcohol, registrado en HTM 2015**



Fuente: Tabla 13.

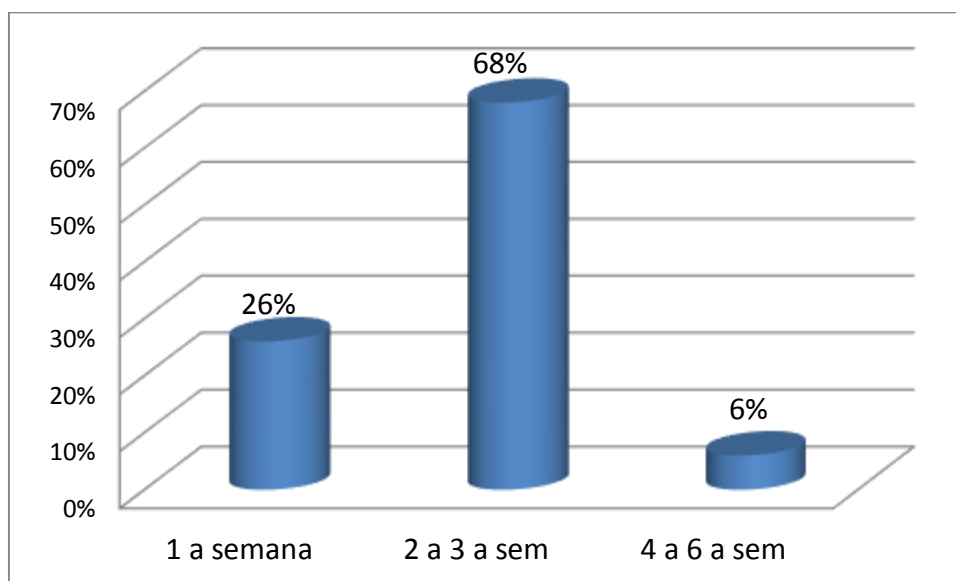
**Interpretación:** La muestra en estudio responde que 96% de adultos mayores no consumen alcohol pero que en alguna temporada si lo hicieron, en tanto que el 4% responden si consumir alcohol desde un tiempo atrás hasta la fecha, considerándose factores de riesgo y estilos de vida no favorables para la salud, presentándose cuadro de comorbilidades en el adulto mayor.

**Tabla N° 14: Distribución porcentual según Consumo de frituras del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Hábito a fritura	Frecuencia	Porcentaje
1 a semana	29	26%
2 a 3 a sem.	76	68%
4 a 6 a sem	7	6%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Grafico N° 14: Adulto Mayor, según N° consumo de frituras registrados HTM 2015**



Fuente: Tabla 14.

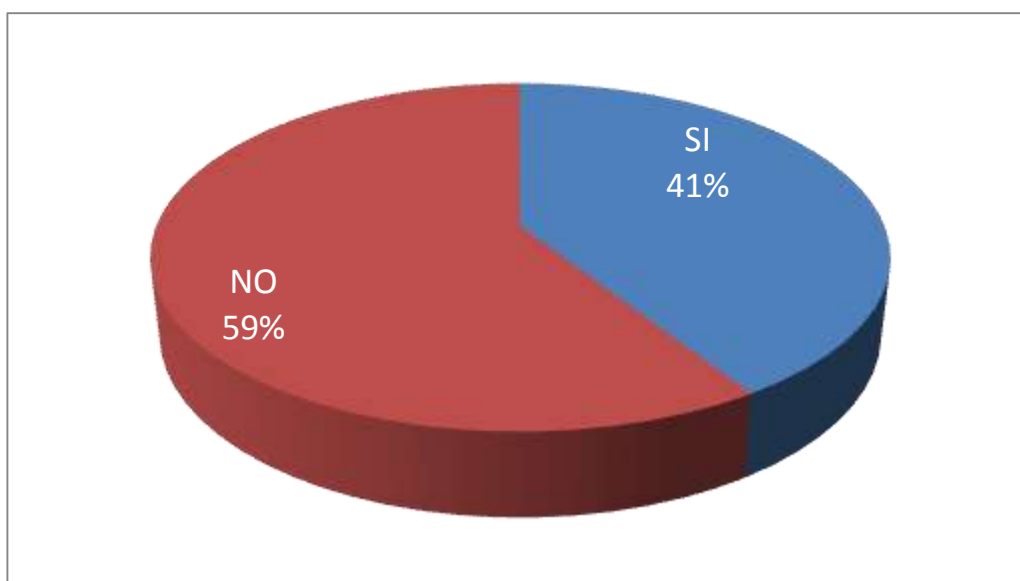
**Interpretación:** La muestra en estudio responde que 68% de adultos mayores consumen frituras de 2 a 3 veces a la semana, el 26% consume frituras 1 vez a la semana y un 6% cada 4 a 6 semanas, lo que indica que existe un gran porcentaje de adultos mayores con hipertensión arterial que consumieron y siguen consumiendo por razones de estilos de vida y patrones de riesgo anterior para el adulto mayor.

**Tabla N° 15: Distribución porcentual según Consumo de café del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.**

Consumo de café	Frecuencia	Porcentaje
SI	46	41%
NO	66	59%
Total	112	100%

Fuente: Entrevista estructurada

**Gráfico N° 15: Adulto Mayor, según consumo de café, registrados en el HTM 2015**



Fuente: Tabla 14.

**Interpretación:** el gráfico demuestra que el 59% de adultos mayores no consumen café, creen es perjudicial, sin embargo el 41% de ellos respondieron que si consumen café como costumbre desde la atención de sus padres, podrían verse con el factor de riesgo para la actual hipertensión arterial.

## **CAPITULO V**

### **5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

#### **5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

La Hipertensión arterial en países en vías de desarrollo se muestra en incremento, debido a condicionantes sociales de la salud, junto a ello el incremento de las complicaciones, de paro cardiaco, insuficiencia respiratoria, parálisis parcial y total, producto de una débil intervención de la historia natural de la enfermedad. A nivel mundial los datos estadísticos muestran que el 3% de la población con hipertensión arterial son de 20 años, el 23% de 40 años de edad y el mayor índice de hipertensión arterial es de los 70 años de edad. En tanto, se estima que en todo el país son 205.711 los que sufren de hipertensión arterial. A nivel nacional se muestra el mayor índice de casos en Lambayeque siendo 16.853 casos, la región Lambayeque ocupa el segundo lugar con mayor índice de la enfermedad. Le siguen la provincia constitucional del Callao (14.384), las regiones La Libertad (13.550) y Piura (12.506).

Este tema tiene importancia, sanitaria, social, económica y política, tenemos la gran responsabilidad de invertir esta situación enfocado a la prevención y promoción de la salud, desde las generaciones conducentes a mejorar los estilos de vida y limitar los riesgos para esta enfermedad silenciosa.

**Tabla N° 01, 02, 03 y 04:** Distribución porcentual según edad, residencia, ocupación y grado de instrucción de los adultos mayores atendidos en el HTM, 2015.

Las edades de adultos mayores de la estrategia sanitaria de no transmisibles, tuvo mayor predominancia de usuarios entre 65 a 69 años representando el 25%, seguidamente de 70 a 74 años haciendo un 22% en tanto menor participación están de 85 a 89 años con un 1%; todos ellos con la clínica de Hipertensión arterial. Según Melano Carranza, Efrén, en el estudio “factores asociados con la hipertensión no tratado: resultados del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001” demuestra el análisis multifactorial ajustado por posibles variables confusoras (edad, sexo, síntomas depresivos y deterioro cognoscitivo) mostró que solo la baja escolaridad (razón de posibilidades [odds ratio, OR] ajustada = 1,70; intervalo de confianza de 95 por ciento [IC95 por ciento]: 1,10 a 2,64; P = 0,02 para la escolaridad de 1 a 6 años y OR ajustada = 3,32; IC95 por ciento: 2,10 a 5,24; P < 0,01 para los no escolarizados) lo que demuestra que a mayor desconocimiento mayor exposición, teniendo el 41% sin instrucción de nuestro estudio, junto a la edad que supera mayor proporción en mayores de 65 años.

**Tabla N° 05 y 06:** Distribución porcentual según Actividad física y episodio cardiaco del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.

La opinión de los adultos mayores si realizan actividad física, manifiesta el 88% lo realizan de alguna manera, en tanto que el 12% de ellos no realizan actividad física, constituyéndose en riesgos para la salud,

sobre todo el no hábito de mejorar la oxigenación y circulación mediante esta actividad principal dentro del contexto funcional, así como los episodios cardíacos presentados en 26%. En el estudio de Patiño Villalta, Fredy. En su estudio “factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia” demostró Los factores de riesgo cardiovasculares más importantes fueron baja actividad física (56,6 por ciento), Se encontró una prevalencia alta de los factores de riesgo cardiovascular lo que puede llevar a un incremento de las enfermedades cardiovasculares a mediano y largo plazo. Formando parte del estilo de vida no favorable al no propiciar espacios de ventilación y circulación apropiada a la actividad que realizan, demostrándose que es influyente como característica perceptible.

**Tabla N° 07 y 08:** Distribución porcentual según Episodio de Hipertensión Arterial e inicios en el adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.

Los adultos mayores iniciaron con episodios leves de tensión arterial, respondiendo el 60%. Fueron alertados por la alteración en la presión arterial, lo cual indica disminución de los riesgos y fortalecer los hábitos; Asimismo un 43% de adultos mayores iniciaron la enfermedad a partir de los 65 años de edad. En los datos resultantes de José Sousa y Rosario Talledo, “estilos de vida y prevalencia de hipertensión arterial en tres comunidades peruanas” demuestra Prevalencia como episodios de Presión Arterial elevada en la población mayor de 25 años de 22,38% en la población de Zarumilla, 19,17% en la localidad de Quillabamba y del 11,88% en la localidad de Tarata. El 35,3% de los encuestados hallados con cifras de Presión Arterial elevada tenían antecedentes de diagnóstico

de HTA, el 31,4% de ellos seguía un tratamiento antihipertensivo. Se encontró una relación directa entre cifras de Presión Arterial e índices de masa corporal. Es necesaria la difusión permanente de estilos de vida saludables en la comunidad. Los inicios de enfermedad según los resultados son mayores en torno a otras realidades configurando que los estilos de vida son elocuentes en nuestra realidad sanitaria.

**Tabla N° 09 y 10:** Distribución porcentual según Conocimiento síntoma y síntomas específicos HTA del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.

En el estudio el adulto mayor responde que sí reconoce los síntomas de una Hipertensión arterial, en 59% considerando que las respuestas obedecen a conocimiento de enfermedades de familiares o vecinos que manifestaron tener síntomas relacionado a hipertensión; el 41% no reconocen síntomas específicos de hipertensión arterial por lo mismo que es una enfermedad sin síntomas aparentes de clasificación. Por su parte Díaz Núñez, M. “Nivel de conocimiento y actitud sobre el control de hipertensión arterial en usuarios del programa adulto y adulto mayor ESSALUD UNHEVAL” demuestra el 76.8% de adulto y adulto mayor presentaron regular y malos conocimientos sobre el control de hipertensión arterial sin reconocimiento de síntomas específicos; concordante con el estudio dado a que carecen de mayor información, considerando riesgos potenciales para los casos reales



**Tabla N° 12 y 13:** Distribución porcentual según Hábito de fumar y consumo de alcohol del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015.

El 98% de adultos mayores no tienen preferencia de fumar, en tanto que el 2% responden que si pero eventualmente, situación que considera estar en riesgo, tomándose como referencia para la delimitación frente a la hipertensión arterial. 96% de adultos mayores no consumen alcohol pero que en alguna temporada si lo hicieron; en el estudio de, Melano Carranza, Efrén, en el estudio “factores asociados con la hipertensión no tratado: resultados del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001” reconoce que consumir bebidas alcohólicas (OR ajustada = 1,52; IC95 por ciento: 1,14 a 2,03; P = 0,01) resultaron asociadas independientemente con la hipertensión. Indica que en la transición de la fase adulta ha permitido que el fumar cigarrillo y consumir alcohol son riesgos para contraer enfermedad silenciosa como el HTA.

**Tabla N° 14 y 15:** Distribución porcentual según Consumo de frituras y café del adulto mayor atendidos en el HTM, 2015

El 68% de adultos mayores consumen frituras (hipercalóricos) de 2 a 3 veces a la semana, el 26% consume frituras 1 vez a la semana y un 6% cada 4 a 6 semanas, lo que indica que existe un gran porcentaje de adultos mayores con hipertensión arterial que consumieron y siguen consumiendo por razones de estilos de vida y patrones de riesgo anterior para el adulto mayor. El 41% de ellos respondieron que si consumen café como costumbre desde la atención de sus padres, podrían verse con el factor de riesgo para la actual hipertensión arterial. En el estudio de Patiño

Villalta, Fredy. En su estudio “factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia” demostró que los factores de riesgo cardiovasculares más importantes fueron la obesidad central (52,7 por ciento), la obesidad por Índice de Masa Corporal (17,4 por ciento). Se encontró una prevalencia alta de los factores de riesgo cardiovascular lo que puede llevar a un incremento de las enfermedades cardiovasculares a mediano y largo plazo. Tiene relación con el estudio por cuanto el consumo de frituras incrementa el IMC y el café propicia dependencia y sedentarismo, conllevando silenciosamente a contraer y no controlar la HTA.

## CONCLUSIONES

- Identificamos que los estilos de vida son condicionantes a Hipertensión Arterial en el adulto mayor, siendo la actividad física no promovida junto al nivel de conocimiento de control con el 41% de desconocimiento
- Identificamos que los riesgos directos son condicionantes a Hipertensión Arterial del adulto mayor siendo el 68% consumen alimentos hipercalóricos y el 41% consumo de café, hábitos no recomendados para prevenir la HTA y sus consecuencias.

## RECOMENDACIONES

- Articular esfuerzos en estrategias e intervenciones sanitarias directos para mejorar el nivel de conocimiento y control de la Hipertensión arterial del adulto mayor propiciando calidad de vida.
- Intensificar PAIS del adulto mayor para la implementación correcta del familiograma y proyectar intervenciones en las generaciones de la familia y reducir riesgos contra la HTA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acuña H, “Nivel de conocimiento y actitudes sobre hipertencion arterial en pacientes atendidos en el programa del adulto mayor del hospital Tingo Maria Enero a Marzo 2014” Peru 2014. ESSALUD, [Tesis de grado], Edición UNHEVAL, Facultad de Enfermería- 2014.
2. Sosa M, “estilos de vida y prevalencia de hipertencion arterial en tres comunidades peruanas”. Perú, 1999
3. Patiño Fredy, ““factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de colombia”. Colombia. 2009
4. Ferreira S, “la frecuencia de hipertensión y factores asociados” Brasil, 2006”.
5. Melano Efrén, “factores asociados con la hipertensión no tratado: resultados del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en méxico, 2001”
6. Talledo Rosario, “estilos de vida y prevalencia de hipertencion arterial en tres comunidades peruanas”. Perú, 1999
7. Segura Luis, “Tendencias de la Hipertensión arterial en el Perú según los estudios TORNASOL I y II” Perú, 2010
8. Díaz M, “Nivel de conocimiento y actitud sobre el control de hipertensión arterial en usuarios del programa adulto y adulto mayor ESSALUD UNHEVAL” 2012
9. Acuña H, “Nivel de conocimiento y actitudes sobre hipertencion arterial en pacientes atendidos en el programa del adulto mayor del hospital Tingo Maria Enero a Marzo 2014” Peru 2014.
10. Henderson, V. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Inter-Americana McGraw-Hill. Madrid. 1994.

11. Orem, D.E. Teoría y modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Teoría general de enfermería. Barcelona. Ed. Masson-Salvat; 199
12. Hernández Juana, Teoría y modelos de enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. McGraw-Hill. Interamericana, Madrid. Faye Glen Abdellah “Teoría solución de problemas” 1995
13. Ríos AR, “Hipertensión Arterial”, publicaciones de Madrid 2001-2004. Disponible en: <http://www.geocities.com/amirhali/>.
14. Casimiro Balueños, “ Estilos de vida en el ser humano” 2009
15. Echemendia B, “Riesgos biológicos y epidemiológicos comunitarios” Habana Cuba 2012.
16. Zarate H, “Las últimas recomendaciones de la OMS frente a la hipertensión arterial.” [En línea]. Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl> [marzo, 2015].
17. Mapfre. Hipertensión arterial. Artículo del adulto mayor. Disponible en: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/anciano-ipertenso.shtml>.
18. Enfermedades: Hipertensión arterial, Madrid. Unidad Editorial, Revistas. <http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial>.

# **ANEXOS**

## Anexo 01



**UNIVERSIDAD DE HUANUCO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



Señor (a) esperamos su colaboración, respondiendo con sinceridad el presente cuestionario. La prueba es anónima.

El presente tiene por objetivo, Determinar los estilos de vida y riesgos asociados a la hipertensión arterial en el Adulto Mayor atendidos en el programa estratégico no transmisibles del Hospital Tingo María; Agosto 2015.

Usted conteste a las preguntas considerando una sola alternativa o completando con palabras en las líneas punteadas.

### PARTE I: ASPECTOS GENERALES

1. ¿En qué grupo de edad se encuentra?

- a) 65 a 69 ( )
- b) 70 a 74 ( )
- c) 75 a más ( )

2. ¿Sabe usted su peso y talla actual?

- a) Peso: .....
- b) Talla: .....

3. ¿con quién Vive Ud.?

- a) Solo ( )
- b) Con mi esposa ( )
- c) Esposa e hijos ( )

4. ¿Cuál es su ocupación?

- ✓ Ama de casa. ( )
- ✓ Profesional. ( )
- ✓ Estudiante. ( )
- ✓ Comerciante. ( )
- ✓ Otro. ( )



5. ¿Realiza alguna actividad física?

✓ Sí. ( )

✓ No. ( )

6. ¿Has sufrido de alguna enfermedad nutricional?

✓ Sí. ( )

✓ No. ( )

7. ¿Consumes usted sal en medidas exageradas?

✓ Sí. ( )

✓ No. ( )

8. ¿El consumo de este producto "sal" le ha presentado síntomas?

✓ Sí. ( )

✓ No. ( )

9. ¿Alguien de la familia sufre de Hipertensión Arterial?

✓ Sí. ( )

✓ No. ( )

10. ¿Tienes el mal hábito de fumar?

✓ Sí. ( )

✓ No. ( )

11. ¿bebes alcohol?

✓ Sí. ( )

✓ No. ( )

12. ¿Usted sufre de Diabetes?

✓ Si ( )

✓ No ( )

13. ¿Cuántas veces a la semana consume frituras?

✓ 1 vez por semana ( )

✓ 2 a 3 veces por semana ( )

✓ 4 a 6 veces por semana( )

14. ¿Bebe usted café?

✓ Si ( )

✓ No ( )

15. ¿Diga usted la Hipertensión Arterial tiene complicaciones serias?

✓ Si ( )

✓ No ( )

## ANEXO 02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estilos de vida y riesgo de hipertensión arterial del adulto mayor atendido en las estrategias no transmisibles del Hospital Tingo María agosto 2015

♦ **Auspiciado:**

Autofinanciado por la alumna.

♦ **Nombre del investigador y su número telefónico :**

° Salvatierra Quinto, Kriss Helen

### **OBJETIVO**

Identificar los estilos de vida y riesgos condicionantes a Hipertensión arterial en adulto mayor atendidos en la estrategia no transmisible hospital Tingo María.

### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Si usted no desea participar en este estudio, no habrá ningún problema. Será usted quien decida libremente si desea o no participar en la encuesta.

Si usted acepta participar lo hace en forma voluntaria, luego de haber leído y entendido el contenido. En señal de ello, firmará este documento en el lugar que corresponde.

♦ **Nombre en letra imprenta:**

.....

♦ **Firma y Huella digital, (si es iletrado).....**

**Fecha:**

### ANEXO 03

#### TABLA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN COEFICIENTE DE AIKEN (MODELO)

Items	JUECES							TOTAL	V
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Acuerdo	
1	1	1	1	1	1	0	1	6	0.86
2	1	1	1	1	1	0	1	6	0.86
3	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00
4	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00
5	1	0	1	1	1	1	1	6	0.86
6	0	0	0	1	1	1	1	4	0.57
7	1	1	1	1	1	1	1	7	1.00
Total	0.86	0.71	0.86	1.00	1.00	0.71	1.00	6.14	0.88

Se considera válido a un valor de AIKEN = 0,60

#### GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN

IA=	Ta	x 100	43	x100	87.7551
	Ta+Td		49		

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	VALOR FINAL	METODOLOGIA
<p><b>Problema Central:</b></p> <p>¿Cuáles son los estilos de vida y riesgos de hipertensión arterial de los adultos mayores atendidos en la estrategia no transmisible del hospital Tingo María 2015?</p> <p>DIMENSIONES.</p> <p>Estilos de vida Riesgos</p> <p><b>Problemas Específicos:</b></p> <p>-¿Cuáles son los estilos de vida que condicionan directamente a la incidencia de hipertensión arterial en pacientes adulto mayor?</p> <p>- ¿Cuáles son los riesgos que condicionan al adulto mayor para contraer la hipertensión arterial?</p>	<p><b>Objetivo General:</b></p> <p>- Identificar los estilos de vida y riesgos condicionantes a Hipertensión arterial en adulto mayor atendidos en la estrategia no transmisibles hospital Tingo María.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>-Identificar si la mal nutrición por exceso, el consumo desmedido de sal y los hábitos tóxicos son las condicionantes en la incidencia de Hipertensión arterial en el adulto mayor.</p> <p>-Identificar los riesgos directos del adulto mayor como el sexo, la obesidad, y los antecedentes familiares para contraer la hipertensión arterial</p>	<p><b>Hipótesis General:</b></p> <p>- Los estilos de vida y los riesgos internos, <b>son</b> condicionantes de hipertensión arterial en el adulto mayor.</p> <p><b>Hipótesis Específicos:</b></p> <p>- Los estilos de vida como la mal nutrición por exceso, el consumo desmedido de sal y los hábitos tóxicos <b>son</b> condicionantes directos a desencadenar Hipertensión Arterial en el adulto mayor.</p> <p>- Los riesgos directos como el sexo, la obesidad y los antecedentes familiares <b>son</b> condicionantes para contraer la Hipertensión Arterial en el adulto mayor.</p>	<p><b>Variable Independiente</b></p> <p>Estilos de vida y riesgos</p> <p><b>Variables Intervinientes</b></p> <p>-Mal nutrición por exceso</p> <p>- Consumo de sal desmedido</p> <p>-Hábitos tóxicos</p> <p>- Sexo</p> <p>-Obesidad</p> <p>- Antecedentes Familiar (Diabetes Consumo de cafeína)</p> <p><b>Variable Dependiente</b></p> <p>Hipertensión Arterial</p>	<p>-</p> <p>Adecuado inadecuado</p> <p>Si -No</p> <p>-Si -No</p> <p>- Café -Tabaco -Alcohol -Otros</p> <p>-masculino -femenino</p> <p>Si -No</p> <p>-Si -No</p>	<p><b>Tipo de investigación:</b> observacional analítico</p> <p><b>Diseño de Investigación:</b> Analítico-Casos y controles</p> <p><b>Población Muestra:</b> 100 pacientes</p> <p><b>Técnicas e Instrumento de Investigación:</b> Encuestas aplicadas a los pacientes con HTA.</p> <p><b>Validez y confiabilidad:</b> Se utilizaron juicio de expertos</p>