



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



TESIS

**PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL Y SUS FACTORES
ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD
CRUCE DE CHUMBA – JAEN, 2019**

Para Optar el Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA

Bach. NELIDA CASTILLO ZURITA

ASESORA

Mg. ROSALÍA DEL PILAR HUIMAN MARCHENA

CHICLAYO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio además de su infinita bondad y amor.

A mis padres.

Porque creyeron en mí, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y por el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Esto es por ustedes, por lo que valen para mí, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

Nelida

AGRADECIMIENTO

A mis hermanas.

Gracias infinitas por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo incondicional, su comprensión y sus consejos en los momentos más difíciles.

A mi Asesor de Tesis

Por su apoyo ofrecido en este trabajo, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional. Además a todos mis Maestros por la transmisión de valiosos conocimientos y experiencias así como grandes principios éticos.

Nelida

INDICE

	Pag.
I. RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
II. INTRODUCCION.....	7
2.1. Marco Teórico.....	8
a. Situación Problemática.....	8
b. Antecedentes.....	10
c. Base Teórica.....	14
2.2. Problema.....	23
2.3. Hipótesis.....	23
2.4. Objetivos.....	23
2.5. Justificación e Importancia.....	24
2.6. Definición y Operacionalización de Variables.....	25
III. MATERIAL Y METODOS.....	28
3.1. Tipos de Investigación.....	28
3.2. Diseño de Contrastación.....	28
3.3. Población y Muestra.....	28
3.4. Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos.....	29
3.5. Análisis Estadísticos.....	30
3.6. Principios Éticos	30
IV. RESULTADOS.....	31
V. DISCUSIÓN.....	37
VI. CONCLUSIONES.....	40
VII. RECOMENDACIONES.....	41
VIII. ASENTAMIENTO BIBLIOGRÁFICO.....	42
IX. ANEXOS.....	46

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia de hipertensión arterial y sus factores asociados en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba – Jaén, 2019. Fue un estudio cuantitativo de diseño descriptivo y de corte transversal. La muestra fue de 109 adultos mayores que asisten al centro de salud. Los resultados de la investigación indican que los factores sociodemográficos y económicos en los adultos mayores, el 48% tienen entre 60 a 74 años, el 57% son de sexo femenino, el 62% son casados, en tiempo de viudez 33% tienen mayor de un año, el 59% cuentan con pensión 65, el 33% viven con su cónyuge, el 76% no tienen una actividad laboral remunerada, el 28 % tienen secundaria completa. En los factores fisiológicos, los adultos mayores con hipertensión el 24% tienen bajo peso, el 67% tienen IMC normal y el 9% están en sobrepeso. Los factores biológicos, los adultos mayores con hipertensión el 60% si tienen antecedentes familiares con hipertensión arterial y el 40% no tienen. En el factor modificable de los adultos mayores con hipertensión el 7% tienen un estilo de vida bajo que podría mejorar, el 41% tienen un estilo de vida regular que está bien y el 52% tienen un estilo de vida bueno es buen trabajo. Llegando a la conclusión, la prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores es de 53% diagnosticados, mientras el 47% no tienen hipertensión arterial.

Palabras Clave: adulto mayor, hipertensión

ABSTRACT

The main objective of this research study was to determine the prevalence of high blood pressure and its associated factors in older adults at the Cruce de Chumba Health Center - Jaén, 2019. It was a quantitative study with a descriptive and cross-sectional design. The sample was 109 older adults who attend the health center. The results of the research indicate that sociodemographic and economic factors in older adults, 48% are between 60 to 74 years old, 57% are female, 62% are married, in widowhood 33% are older than one year, 59% have a pension 65, 33% live with their spouse, 76% do not have a paid work activity, 28% have a complete secondary education. Regarding physiological factors, older adults with hypertension, 24% are underweight, 67% have normal BMI and 9% are overweight. Biological factors, older adults with hypertension 60% do have a family history of high blood pressure and 40% do not. In the modifiable factor of older adults with hypertension, 7% have a low lifestyle that could improve, 41% have a regular lifestyle that is good and 52% have a good lifestyle is good work. In conclusion, the prevalence of high blood pressure in older adults is 53% diagnosed, while 47% do not have high blood pressure.

Key Words: older adult, hypertension

II. INTRODUCCION

La hipertensión arterial (HTA), es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en las personas adultas mayores. La hipertensión tiene remedio y su control logra no solo salvar vidas sino también reducir significativamente las limitaciones funcionales y la discapacidad en las personas de edad. Los estudios epidemiológicos sugieren que una prevalencia entre 50% y 70% de hipertensión en las personas de 60 años de edad y más. Sin embargo, la hipertensión no debe considerarse una consecuencia normal del envejecimiento.

Los cambios asociados al envejecimiento que favorecen la elevación de las cifras de presión arterial (PA) son muy numerosos y tienen que ver, de manera universal, con las modificaciones fisiológicas a las que se ve sometido nuestro organismo en el curso del proceso de envejecimiento. También influyen factores vinculados al tipo de vida de cada individuo (factores ambientales), como pueden ser: dieta seguida a lo largo de su vida, ingesta habitual de sal, presencia o no de hábito alcohólico, grado de actividad física o control de peso. Todo esto hace que exista una gran variabilidad interindividual.

Los contenidos capitulares de la investigación son el Capítulo I.- Resumen, II.- Introducción: se formuló la interrogante del problema, hipótesis y objetivos. Capítulo III.- Marco teórico: se efectúan algunas precisiones teórico conceptual y encontramos estudios previos a la investigación realizada, los cuales nos permiten tener una noción a más profundidad. Capítulo IV.- Material y Métodos: Corresponde a la metodología empleada en la investigación presentada, tipo y diseño de estudio, entre otros. Capítulo V.- Resultados: se detallan los hallazgos encontrados durante la investigación. Capítulo VI.- Discusión: que consta del análisis e interpretación de los resultados contrastándolos con estudios antepuestos al presente. Capítulo VII. Conclusiones y Capítulo VIII.- Recomendaciones. Finalmente se presentan asentamiento bibliográfico y Anexos.

2.1 Marco Teórico

a. Situación Problemática

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades más comunes que afecta a la salud en todas partes del mundo, representando un factor de riesgo de otras enfermedades (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal y retinopatía). De ello, se deduce que la prevención y control de la hipertensión es la medida más importante y menos costosa, para reducir la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades (1). En ocasiones es asintomática, esta afección es calificada por muchos autores como una amenaza silenciosa, el riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes hipertensos es determinado no solamente por el nivel de sus cifras tensionales, sino por la existencia de lesión de órganos diana u otros factores de riesgo asociados (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que más de 1.500 millones de personas adultos mayores sufren de presión arterial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre este tema afirma que uno de cada tres adultos en todo el mundo sufre hipertensión, uno de cada tres adultos con hipertensión lo desconoce, y que uno de cada tres adultos hipertensos con tratamiento no consigue controlar sus cifras de hipertensión arterial. (3)

A nivel mundial, la HTA representa en el paciente adulto mayor un problema que va ascendiendo en la salud pública, esto es porque la esperanza de vida está aumentando en los países en vías de desarrollo y la orientación es parecida en países desarrollados, siendo los adultos mayores el grupo poblacional con más crecimiento proporcional. (4) En Cuba se estima una prevalencia de un 15 % en las zonas rurales y de un 25 al 30 % en las zonas urbanas, aunque se aprecia que por cada hipertenso conocido existe otro no diagnosticado, lo que hace pensar que existe subregistro, y que de estos sólo alrededor del 50 % tienen tratamiento correcto. (5)

De igual forma, el European Study on Cardiovascular Risk Prevention and Management in Daily Practice (EURIKA) adjudica el 8,8% de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) a la falta de control de la HTA. Asimismo, Los resultados del Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA) señalan que el 33,3% de la población española es hipertensa. (6)

Además en Estados Unidos, el control de la hipertensión en los tratados disminuye con el incremento de la edad, solo se encuentran controlados 53 % de los hipertensos entre 60 y 69 años de edad, 37 % de los comprendidos entre 70 y 79, y solo 31 % de los que tienen más de 80, además en los países en vías de desarrollo la situación es aún más crítica, por ejemplo, en la India y Bangladesh, solo 44 % de los hipertensos eran conocidos y de estos solo 23 % estaban controlados. En otro estudio Asia, se encontró que solo 46 % de los hipertensos con más de 65 eran conocidos, solo estaban tratados 31,9 % y 9 % estaban tratados y controlados. (7)

El tabaquismo y la HTA, son dos enfermedades crónicas muy frecuentes, que está presente en >30% de adultos. El riesgo cardiovascular es muy elevado a causa de la HTA, siendo el primordial factor de riesgo en el mundo y el tabaquismo la principal causa de muerte que podría evitarse. Los componentes del tabaco y del humo de este actúan a distintos niveles del organismo, causando alteraciones fisiopatológicas que explican las complicaciones derivadas, las cuales llevan al desencadenamiento de la enfermedad coronaria y cerebrovascular, las dos principales complicaciones cardiovasculares de la HTA potenciadas por el tabaquismo (8)

Por consecuencia de cambios significativos dados en las recientes décadas dentro de la demografía del Perú, la estructura según sexo y edad de los pobladores ha pasado por cambios importantes. En los años 50, nuestro país está confirmado principalmente por niñas y niños; por lo cual, de cada cien pobladores, 42 de ellos tenían menos de 15 años; sin embargo, en el 2017 tienen menos de 15 años, 27 habitantes de cada 100. Mientras que los peruanos envejecen, se incrementa la proporción de los adultos mayores de 5.7% durante el 1950 a 10.1% en el 2017. El

Instituto Nacional De Estadística e Informática (INEI), se proyecta en 11.2% para el 2021. (9)

Al conocer los factores de riesgo que predisponen a HTA, ayuda a prevenir enfermedades cardiovasculares en adultos mayores; resaltando en esta acción el papel del profesional de enfermería, quien como parte del equipo de salud y responsable del cuidado, tiene a su cargo el desarrollo de actividades preventivo promocionales, tales como el conocimiento de los factores de riesgo que ayudarían a formar estilos de vida saludables y por ende mejorar la calidad de vida de las personas.

En el Centro de Salud Cruce de Chumba, existe el programa de adultos mayores y dentro de los cuales se encuentran personas hipertensas, este programa tiene la finalidad de brindar información adecuada y oportuna acerca de modificaciones en el estilo de vida, así como actividades que contribuyan a ello y ayude a concientizarles sobre su problema de salud, así como sobre el control estricto de sus factores de riesgo cardiovascular y su tratamiento.

La población mayor de 60 años aumenta en Centro de Salud Cruce de Chumba, es por ello que se necesita del diseño de estrategias de salud que sean abarcadoras y estén acorde con las necesidades de la población, ya que la hipertensión arterial es uno de los principales problemas de salud en este grupo y su manejo terapéutico constituye un verdadero reto en la atención primaria de salud donde el profesional de enfermería juega un papel importante.

b. Antecedentes

Internacional

Espinoza C., Morocho A. y otros. Ecuador. 2018. Hipertensión arterial y factores asociados en adultos mayores de la parroquia de Baños, Cuenca. Materiales y métodos: Es un estudio descriptivo y transversal en el cual participaron 200 adultos mayores residentes de la

parroquia de Baños, seleccionados intencionalmente en 2 centros ambulatorios de atención primaria. Se realizó un cuestionario para la recolección de datos, determinándose el antecedente de HTA y sus potenciales factores asociados, evaluándose mediante un modelo de regresión logística. (10)

Resultados: Se obtuvo una prevalencia de HTA (antecedente persona) del 35,5% (n=71), siendo superior en los sujetos casados (Sin HTA: 55% vs Con HTA: 73,2%; p=0,04). Se observó asociación estadísticamente significativa con el antecedente familiar de HTA (OR: 2,33; IC95%: 1,08-5,05; p=0,03) y la presencia de HDL-C bajas (OR: 2,07; IC95%: 1,05-4,11; p=0,04). Conclusión: La prevalencia de HTA es elevada en la población adulta mayor de la parroquia rural Baños, con 2 veces más riesgo de padecerla en aquellos sujetos con el antecedente familiar y con la presencia de HDL-C bajas. (10)

Zubeldia L., Quiles J., y otros. Madrid. 2016. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Estudio transversal de base poblacional en 413 hombres y 415 mujeres de 16 a 90 años de edad participantes en la Encuesta de Nutrición de la Comunitat Valenciana realizada en 2010. La información se obtuvo mediante encuesta a domicilio y medida de la presión arterial utilizando esfigmomanómetro automático. Para la definición de hipertensión arterial se siguió el criterio establecido en 2007 por la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial y la Sociedad Europea de Cardiología. La asociación entre factores asociados e hipertensión medida mediante regresión logística binaria para variables explicativas sociodemográficas, antecedentes, estilos de vida, variables antropométricas y otras. (11)

Resultados: La prevalencia de hipertensión estimada para la Comunidad Valenciana fue de 38,2% [IC95% 34,9-41,5]; 40,7% en hombres [IC95%35,0-45,5] y 35,7% en mujeres [IC95% 31,1-40,3]. La edad [45-64 años OR 4,3, IC 95% 2,1-8,8; ≥ 65 años, OR 15,5, IC 95% 7,2-33,2], la categoría ponderal [sobrepeso OR 2,1 IC95% 1,3-3,2; obesidad OR 5,3, IC95% 3,3-8,5] y padecer diabetes mellitus [OR 2,4, IC95% 1,2-4,8] se constituyeron como variables asociadas con hipertensión. Conclusiones: Más de un tercio de la población

estudiada padece hipertensión. La probabilidad de presentarla aumenta con la edad. El sobrepeso así como la diabetes mellitus duplican la probabilidad de padecerla. (11)

García N., Cardona D., y otros. Colombia. 2016. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. Método: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo donde se caracterizaron los factores asociados a la hipertensión arterial. Se usó una fuente secundaria de información utilizando la base de datos del estudio “Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor, Departamento de Antioquia, 2012”. Resultado: Se analizaron 4.248 encuestas diligenciadas por los adultos mayores, el 65,5% fueron mujeres hipertensas, el 64,1% adultos mayor joven (60 a 74 años de edad), la subregión de Oriente (RP=1,67, IC al 95%: 1,27-2,19), la pobreza se asocia con la enfermedad, el estrato socioeconómico cero (RP=2,54, IC al 95%: 0,85-7,57), se encontró asociación con los hábitos como: el consumo de alcohol, el tabaco y el estado nutricional. (12)

El 21,8% presentó prevalencia de la diabetes y el 28,3% de los adultos hipertensos manifestó que empeorará mucho la calidad de vida. Conclusiones: La condición de ser: adulto mayor viejo, sexo femenino, afrocolombiano, residir en estrato cero y presentar un estado nutricional moderado, diabetes, problemas del corazón y cerebro, se asocia con la hipertensión arterial. Se requiere la implementación de las siete P (7P) de la salud pública: las políticas públicas, la planeación en salud, la población vulnerable, la promoción de la salud, la prevención del riesgo, la participación comunitaria y los principios éticos. (12)

Nacional

Uscata R. 2019. Lima. En su investigación: Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos mayores atendidos en un hospital geriátrico. Metodología: Se realizó un estudio observacional, analítico, de tipo casos y controles. Se tomaron 578 formatos de la Valoración Geriátrica Integral que se realizaron los pacientes anualmente por atención ambulatoria en un Hospital Geriátrico. Para el grupo de los casos, se consideró a los pacientes con hipertensión arterial y para el grupo control a los que no tenían hipertensión. La selección se realizó por muestreo tipo no probabilístico, asignación consecutiva. (13)

Resultados: Se analizaron 578 formatos de la Valoración Geriátrica Integral, de los cuales 319 eran mujeres (55.2%) y 259 fueron hombres (44.8%). Se obtuvo como factores de riesgo de hipertensión arterial a las siguientes variables: sexo femenino (OR: 1.58; IC95%: 1.10 - 2.27; p: 0.013), edad (OR: 1.04; IC95%: 1.02 - 1.07; p <0.001), diabetes mellitus (OR: 1.61; IC95%: 1.02 - 2.54; p: 0.038), dislipidemia (OR: 2.06; IC95%: 1.37 - 3.10; p <0.001) y antecedente familiar de hipertensión arterial (OR: 3.12; IC95%: 2.16 - 4.51; p <0.001). Se realizó análisis univariado por medidas de tendencia central, para luego realizar un análisis bivariado y multivariado por regresión logística. Conclusiones: Los principales factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos mayores atendidos en un Hospital Geriátrico fueron: sexo femenino, edad, diabetes mellitus, dislipidemia y antecedente familiar de hipertensión arterial. (13)

Quintana A. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor del Centro de Salud Chongoyape, 2018. Centro de Salud Chongoyape, 2018. La población de 250 adultos mayores y la muestra de 186. Seleccionados bajo criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó la técnica de la encuesta, utilizando los instrumentos “cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial” validado por Alpha de Crombach (0.834). (14)

El “Test Fantástico para evaluar el factor de riesgo modificable: estilo de vida” validado por Alpha de Crombach (0.778); al igual que los criterios de rigor científico y éticos; evidenciándose como resultados que la prevalencia de hipertensión arterial en la población es de 0.63 que equivale al 63% y los factores de riesgo asociados a la prevalencia de HTA son: Factores sociodemográficos; tiempo de viudez (0.005) y convivencia con hijos (0.02); Factores fisiológicos; IMC (0.04), enfermedad (0.00), N° de patologías (0.00); y Factor biológico: antecedentes familiares (0.01). Concluyendo que existe una prevalencia superior al 30% encontrándose asociación en la comorbilidad (presencia de enfermedad). (14)

A nivel local, no se encontraron con estudios recientes acerca del tema.

c. Base Teórica

La hipertensión arterial es considerada una enfermedad de origen multifactorial, se destaca entre ellos la herencia, factores ambientales, hemodinámicas y humorales. Se ha señalado el papel del péptido atrial natriurético, sustancia relacionada con los cambios de presión auricular e hipotensión, el neuropéptico G que se comporta como un co-transmisor de la noradrenalina y puede participar en el control fisiológico del tono vascular y liberación en situaciones de estrés. En el endotelio vascular se producen sustancias activas como prostaciclina, el óxido nítrico o factor derivado del endotelio con acciones vasodilatadores y un péptido con una gran acción vasoconstrictora; ellos intervienen directamente o por interacción con otras células sobre el tono vascular. (15)

El diagnóstico se hace en base a la toma de las cifras superiores a 139 mm de Hg de Presión Arterial Sistólica (PAS) y cifras superiores a 89 mm Hg de Presión Arterial Diastólica (PAD). Este límite inferior es aceptado, de manera generalizada, como el punto de partida del cual se incrementa, de manera significativa, la morbilidad y mortalidad relacionadas con esta enfermedad. (16)

Las causas de la hipertensión varían según su tipo, si es primaria o secundaria. La HTA primaria también conocida como esencial o idiopática es en la cual no se puede determinar su etiología, debido a que tiene diversos aspectos asociados, se describe un aspecto familiar; sin embargo, eso no está aún confirmado como un gen responsable. Este es el tipo más común de hipertensión teniendo >95% de frecuencia de los casos registrados. (17)

Por otro lado, tenemos al otro tipo que es la secundaria, en este caso sí se conoce la etiología, es de mejor manejo porque al eliminar el agente que lo desencadena se corrige la hipertensión. No es tan frecuente como la hipertensión primaria, solo está presente en un 5% de los casos registrados. Dentro de las que resaltan según su prevalencia son las patologías del riñón, del sistema endocrino, causas farmacológicas, entre otros (17).

Hipertensión Resistente o Refractaria al Tratamiento, representa una elevación de presión arterial que se mantiene por encima de los valores fijados como objetivo a pesar de la institución de tratamiento no farmacológico y farmacológico incluyendo dosis plenas de

tres o más medicamentos, uno de los cuales un diurético. Estos pacientes deben ser remitidos a un especialista o a un centro de hipertensión porque este tipo de hipertensión frecuentemente está asociado con daño subclínico de órganos blanco, y tiene un mayor riesgo cardiovascular. (18)

Hipertensión de Bata Blanca: también llamada Hipertensión Aislada del Consultorio, es la condición en la cual la presión arterial medida en el consultorio está constantemente en el rango hipertenso, mientras que los valores medios de MAPA²¹ o domiciliarios²² siempre están en rango normotenso. Su prevalencia es de alrededor del 10%. Su riesgo general no está claramente establecido²³ pero parece estar asociada con más anormalidades cardíacas, renales y meta-bólicas funcionales y/o estructurales que la plena normotensión. (19)

Hipertensión Oculta o Enmascarada: También llamada Hipertensión Ambulatoria Aislada, representa la condición contraria a la hipertensión de bata blanca, es decir, los sujetos tienen cifras tensionales normales en el consultorio mientras que los valores medios de monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) o los valores domiciliarios están en rango hipertenso. Se encuentra en uno de cada 7 a 8 sujetos con valores normales en el consultorio. El riesgo cardiovascular en estos pacientes parece ser similar al de los hipertensos establecidos. Por ende, se debe tener cuidado para evitar que estos sujetos vayan sin ser diagnosticados, usando MAPA o mediciones domiciliarias de la PA. (20)

Hipertensión Sistólica Aislada: Es la presión arterial sistólica (PAS) constantemente >140 mm Hg con presión arterial diastólica (PAD) > 90 mm Hg. Como la PAS tiende a subir con la edad, la prevalencia de la hipertensión sistólica aumenta con la edad, y por encima de los 60 años de edad representa una forma común de hipertensión. Se ha acumulado sólida evidencia acerca de la importancia de la PAS como factor de riesgo mayor para las enfermedades cardiovasculares. (21)

Evaluación Diagnóstica del Sujeto Hipertenso (22)

El periodo de tiempo requerido para la evaluación inicial de un paciente hipertenso es de por lo menos 30 minutos. Los objetivos principales del diagnóstico se dirigen a:

1. Confirmar la existencia de cifras elevadas de presión arterial
2. Determinar el grado de hipertensión y la existencia de daño de órganos blanco
3. Evaluar la presencia de comorbilidades
4. Identificar tratamientos previamente recibidos o en uso actual
5. Cuantificar el riesgo global incluyendo sus componentes sociales
6. Diagnosticar o descartar posibles causas de hipertensión secundaria.

Historia Clínica y Examen Físico: No sólo se debe definir el grado de hipertensión, sino el momento en el cual se diagnosticó la hipertensión. Debe registrarse información acerca de la edad, sexo y raza. El examen físico debe incluir: medición de estatura, peso, cintura, cadera y cálculo de relación cintura a cadera e índice de masa corporal (IMC), la evaluación de los pulsos, frecuencia cardíaca, cifras de presión arterial, auscultación del corazón, búsqueda de soplos carotídeos, torácicos o peri-umbilicales, y un examen del fondo del ojo. Se debe buscar factores de riesgo asociados y posibles complicaciones, tales como edema periférico, angina de pecho, disnea, cefalea y latidos cardíacos ectópicos.

Las mediciones de la presión arterial deben ser realizadas de acuerdo con las recomendaciones de la American Heart Association, en dos posiciones diferentes (sentado y de pie), para poder descartar una posible hipotensión ortostática (disminución de más de 20 mmHg en la sistólica y/o 10 mmHg en la diastólica), especialmente frecuente en los pacientes mayores²⁹. Cuando los valores de PAS y PAD corresponden a grados diferentes, se debe usar el grado mayor para definir la hipertensión de ese paciente.

Las mediciones domiciliarias de la presión arterial, realizadas por personal entrenado con un esfigmomanómetro de mercurio, o preferiblemente un aparato automático o semiautomático validado, son una herramienta importante para el control y el seguimiento de los pacientes hipertensos. Los valores altos normales son similares para la PA domiciliaria y para el MAPA diurno, es decir 135/85 mmHg.

Pruebas de Laboratorio: Los principales objetivos son detectar otros factores de riesgo cardiovascular, evaluar daños a órganos blanco, e identificar causas secundarias de hipertensión. Siempre debe realizarse en la primera visita un hemograma, glicemia en

ayunas, urea, creatinina sérica y en orina, electrolitos, ácido úrico, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos, pruebas de funcionalidad hepática, T3, T4 y TSH, además de un electrocardiograma, una orina completa, y una estimación de la velocidad de filtración glomerular (empleando creatinina sérica y la fórmula del estudio Modification of Diet in Renal Disease o MDRD [$GFR (mL/min/1.73 m^2) = 186 \times (Scr)^{-1.154} \times (edad)^{-0.203} \times (0.742 \text{ en mujeres}) \times (1.212 \text{ en afroamericanos})$] que puede calcularse en sitios específicos de la internet).

Exámenes recomendados: Se recomienda ecografía y Doppler vascular, cardíaco y renal para evaluar la masa ventricular izquierda y para identificar ateromatosis subclínica en los diferentes territorios vasculares, estenosis de arterias renales o alteraciones renales. La medición de la velocidad de la onda de pulso es útil para evaluar la rigidez de arterias grandes. Se recomienda con énfasis una microalbuminuria (en una muestra de orina de 24 horas o como relación albúmina/creatinina).

Medición Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA): Este método, que no reemplaza a las mediciones convencionales, da información detallada acerca de los valores promedios de día y de noche durante 24 horas. Los valores medios de 24 h están más cercanamente relacionados con el daño de órganos blanco y los resultados que los valores en consultorio. El MAPA está indicado cuando:

- se sospecha una hipertensión de la bata blanca
- se sospecha una hipertensión enmascarada u oculta
- la presión arterial es normal, pero acompaña un alto riesgo total
- es deseable la evaluación del perfil de PA de 24h (dipping, non-dipping, etc.)
- se sospecha una hipertensión refractaria
- se buscan episodios de hipotensión o de hipertensión
- progresa, o no regresa, el daño de órganos blanco a pesar de un aparente buen control de la PA

La prevalencia global es de un 20-30 % en la población mayor de 18 años y ha continuado su ascenso, asociada a modelos alimentarios inadecuados, a la disminución de la actividad

física y aspectos conductuales interrelacionados con los hábitos tóxicos, estrés, malos estilos de vida, desatención de las enfermedades cardiovasculares, cerebrales y renales las cuales ocurren, muchas veces, en la etapa más productiva de la vida y la ausente voluntad política, por lo que se traduce en una disminución significativa de los años de vida y aceleración de la mortalidad.(23)

Factores Asociados

Factores sociodemográficos y económicos

Edad: Existe una relación directa de la presión arterial con la edad, siendo la prevalencia de hipertensión arterial superior al 60% en individuos con más de 65 años. Los grupos de edad, los más vulnerables a sufrir hipertensión arterial son los adultos mayores, que representan el 52,39%. Sin embargo, el grupo de 36 a 64 años muestra una proporción considerable con el 40,63% de los casos registrados (24).

Sexo: En relación al género la prevalencia de la hipertensión arterial es semejante entre hombres y mujeres, pero más elevada en los hombres hasta los 50 años, cambiando a partir de la quinta década. Esto sucede porque las mujeres en edad reproductiva generan estrógenos, hormonas que ayudan a disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, no quiere decir que las mujeres en edad fértil son inmunes a este tipo de enfermedades (24).

Factores fisiológicos

IMC: índice de masa corporal (IMC) (kg/m^2 -categorizada en: peso insuficiente ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$), normopeso ($\text{IMC} \geq 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ y $< 25 \text{ kg}/\text{m}^2$), sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ y $< 30 \text{ kg}/\text{m}^2$) y obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$)- y obesidad abdominal (OA) ($\geq 102 \text{ cm}$ para hombres y $\geq 88 \text{ cm}$ para mujeres). (25)

Presencia de otras enfermedades y/o patología

Dislipidemias: Estudios epidemiológicos, mostraron una relación intensa entre las cifras de colesterol total en suero y el riesgo cardiovascular e indicaron que los cambios de las concentraciones de colesterol debidos a la migración o a la aplicación de intervenciones se

asociaban a cambios de la tasa de incidencia de evento cerebro vascular (ECV). Estos resultados se confirmaron cuando se comprobó que el colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), que son las principales lipoproteínas de transporte de colesterol en la sangre, presentaba también una asociación directa con la ECV. Se calcula que un aumento de 1 mg/dl en la concentración de lipoproteínas de alta densidad (HDL) se asocia a una disminución del riesgo coronario de un 2% en los varones y un 3% en las mujeres (25).

Diabetes: La diabetes se asocia a un aumento de 2-3 veces en la probabilidad de aparición de un ECV, y este aumento es mayor en las mujeres que en los varones; la intolerancia a la glucosa se asocia también a un aumento de 1,5 veces en el riesgo de aparición de ECV. Además, la diabetes se asocia también a una mayor probabilidad de aparición de hipertrigliceridemia, colesterol HDL bajo, presión arterial alta y obesidad, que generalmente preceden a la aparición de la diabetes. Se ha señalado que la resistencia a la insulina es un mecanismo frecuente de estos factores de riesgo, a cuya combinación se denomina síndrome metabólico (25)

Factores biológicos

Antecedentes familiares de hipertensión arterial: El riesgo es mayor si existen antecedentes familiares de enfermedades del corazón. Su riesgo es aún más alto si un pariente cercano murió joven por un infarto al corazón (26).

Grado de consanguineidad del familiar: El conocimiento de los genes implicados en el desarrollo de hipertensión arterial es muy escaso. Ello es debido a que la hipertensión arterial, presenta una genética compleja con la participación de un gran número de genes candidatos. Sin embargo, parece claro que los determinantes genéticos pueden verse modificados por otros ambientales, de forma que la PA o el fenotipo resultante depende de la interacción de ambos factores (26).

Las investigaciones en hermanos gemelos documentan mayor concordancia de presiones arteriales entre los monocigotos que entre los dizigotos(7,8). Hoy se acepta que la hipertensión arterial esencial es mayormente un síndrome con compromiso multifactorial y

generalmente poligénico y familiar. Menos del 5% de los hipertensos tiene una causa monogénica de mecanismo mendeliano, es decir con transmisión de rasgos codificados por un solo gen. (27)

Entre estas raras formas de hipertensión arterial, la mayoría relacionadas con la regulación renal del sodio y manejo del agua, figuran: a) la hipertensión glicocorticoide remediable, manifestada por la sobreproducción de aldosterona y actividad mineralocorticoide incrementada; b) el exceso aparente de mineralocorticoides, caracterizado por altos niveles de cortisol; c) el síndrome de Liddle, expresado por un incremento en la reabsorción del sodio; d) el pseudohermafroditismo masculino y femenino; e) el síndrome de Gordon, originado por un defecto renal en el transporte iónico; f) la hipertensión y bradilactilia; g) la hipertensión debida a feocromocitoma; y, h) los más prometedores hallazgos se relacionan con los genes del SRAA, tal como la variante M235T en el gen de angiotensinógeno, el cual ha sido asociado con incrementos en los niveles de angiotensinógeno circulante y presión arterial. Sin embargo, estas alteraciones monogénicas se correlacionan solo con modestos cambios en la presión arterial. Observaciones en ingeniería genética en ratones han demostrado la posibilidad de generar modelos transgénicos hipertensivos. (27)

Factor modificable: Estilo de vida

Consumo de grasas: Consumir demasiada grasa, especialmente las grasas sobresaturadas eleva 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. (28)

Tabaquismo

El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina (23).

Sobrepeso y obesidad: El exceso de peso se asocia con mayor predominio para hipertensión arterial desde edades jóvenes, y en la vida adulta, incluso entre individuos no sedentarios, un incremento de 2,4kg/m² en el índice de masa corporal resulta en mayor riesgo de desarrollar la hipertensión. Aproximadamente 70% de los casos nuevos de hipertensión arterial pueden ser atribuidos a la obesidad o al aumento de peso. (23)

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Wasington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education. Después de recibir títulos avanzados, Orem se centró principalmente en la enseñanza, investigación y administración. Se desempeñó como director de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan 1945-1948, donde también enseñó ciencias biológicas y enfermería (1939-1941). En la Universidad Católica de América, Orem se desempeñó como profesor asistente (1959-1964), profesor adjunto (1964-1970) y decano de la Escuela de Enfermería (1965-1966). (29)

La teoría de autocuidado: Cuya investigadora, Dorotea Orem, desarrolla su trabajo en solitario la colaboración de algunas colegas que le han permitido desarrollar la teoría del déficit de autocuidado; aunque no acepta tener influencia directa de ninguna fuente teórica en su obra, cita el trabajo de muchas autoras que han contribuido a la base teórica de la enfermería tales como: Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Rogers, Roy, Travelbee y Wiendenbach, entre otras. (30)

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por

sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado (31).

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos (32):

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la persecución del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Entorno: Lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo

en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (32).

Salcedo-Álvarez y otros, plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud (23). Por ello, el autocuidado es la responsabilidad que tiene cada persona para conservar su salud, siendo indispensable que como enfermeros individualizar los cuidados e involucrarlos en ellos.

2.2 Problema

¿Cuál es la prevalencia de hipertensión arterial y sus factores asociados en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba – Jaén, 2019?

2.3 Hipótesis

Existe una prevalencia mayor al 40% de hipertensión arterial en el adulto mayor, siendo los principales factores de riesgo asociados, la edad y estilos de vida en el Centro de Salud Cruce de Chumba – Jaén, 2019.

2.4 Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia de hipertensión arterial y sus factores asociados en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba – Jaén, 2019

Objetivos específicos

Identificar la prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba.

Identificar los factores sociodemográficos y económicos en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba.

Identificar los factores fisiológicos en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba.

Identificar los factores biológicos en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba.

Identificar el factor modificable en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba.

2.5 Justificación e Importancia

Hoy en día, la HTA es un problema frecuente en los adultos mayores, con una prevalencia alta, siendo un problema de salud pública y causas de mortalidad. Siendo un problema cardiovascular, que es causado por diferentes factores que conllevan a las personas a tener problemas cardiovasculares. Por eso, esta investigación es importante porque el personal de enfermería debe reforzar el primer nivel de atención a través de la promoción, con la educación constante y que la población en estudio sepa reconocer los factores que la conlleva a ello.

Esta investigación servirá para crear una cultura de control, monitoreo y diagnóstico oportuno de la HTA permitiendo identificar su presencia y comportamiento a través de los factores de riesgo, lo cual ayudaría al personal de enfermería a planificar las actividades correspondientes. Este estudio busca ayudar al centro de salud, especialmente al profesional de enfermería que trabajan en el programa de adulto mayor a obtener datos precisos de prevalencia y los factores de riesgo con el fin de buscar alternativas y reforzar las actividades de promoción y prevención de la HTA para brindarle una mejor calidad de vida.

2.6 Definición y Operacionalización de Variables

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento
Prevalencia de Hipertensión	Proporción de adultos mayores de una población que presentan elevación anormal de la presión arterial sistólica y/ o diastólica. Se consideraran para valorar las cifras patológicas los siguientes parámetro : según la tabla de clasificación de hipertensión de la guía European ESH ESC.	Prevalencia	Adultos mayores con hipertensión Adultos mayores sin hipertensión	categoría: optima: (sistólica <120, diastólica <80); normal: (sistólica 120-129; diastólica 80-84); normal alta: (sistólica 130-139; diastólica 85-89); hipertensión grado 1: (sistólica 140-159; diastólica 90-99); hipertensión grado 2: (sistólica 160-179; diastólica 100-109); hipertensión grado 3: (sistólica ≥180; diastólica ≥110); HTA sistólica aislada; (sistólica ≥140; diastólica <90).	Encuesta Cuestionario
Factores asociados a la hipertensión	Son las características de las personas adultas mayores que aumenta la probabilidad de sufrir hipertensión arterial.	Factores sociodemográficos y económicos	Edad Sexo Estado civil Tiempo de viudez Ingreso económico Convivencia Actividad laboral Nivel de escolaridad		Encuesta Cuestionario

		Factores fisiológicos	IMC Presencia de otras enfermedades Patología del entrevistado		
		Factor biológico	Antecedentes familiares de hipertensión Grado de consaguinidad del familiar		
		Factores modificables	Estilos de vida		
					Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor, del Ministerio de Salud Perú publicada en el 2013.

III. MATERIAL Y METODOS

3.1.- Tipo de investigación

Por las variables del estudio será un estudio cuantitativa.

3.2.- Diseño de investigación /contrastación de hipótesis

Tranversal, descriptivo

3.3.- Población y muestra

Población:

Muestra: La muestra estuvo conformada por 108 madres que asisten al Centro de Salud Cruce de Chumba – Jaén, 2019.

El tamaño de la muestra se obtuvo a través de la siguiente formula:

Dónde:

Z: Nivel de Confianza (1.96)²

p: 0.5

q: 0.5

E: Error puntual (0.05)²

n: Tamaño de la muestra

N: Población total: 108

$$n = \frac{z^2 * N * p * q}{e^2 * (N - 1) + z^2 * p * q}$$
$$n = \frac{1.96^2 * 88 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (108 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = 109$$

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que asistan al centro de salud

- Adultos mayores que deseen paticipar

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no pertenezcan al centro de salud
- Adultos mayores que no deseen paticipar

3.4.- Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos y procedimientos

Materiales:

En el presente estudio se aplicó la técnica de la encuesta, la cual es ampliamente utilizada como una herramienta o instrumento estandarizado permitiendo obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz; operando a través de la formulación de preguntas por parte de la investigadora y de la emisión de respuestas por parte de las personas que participaron en la investigación; permitiendo recoger datos de la muestra (33)

Se aplicaron dos instrumentos en la presente investigación el primero es el “cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial”, conformado por 2 fases:

En la primera fase se registrará la presión arterial de los participantes y se identificó si presentan o no hipertensión arterial (medir prevalencia), para lo cual se utilizó el número de personas con hipertensión identificadas al momento del estudio y el número de personas que conforman la población expuesta (adultos mayores sujetos del estudio).

En la segunda fase; se consignaron preguntas que permitieron evaluar los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, siendo agrupados en la encuesta siguiendo las dimensiones del estudio.

La validez del instrumento fue sometida por juicio de expertas (3 enfermeros), sometido a una prueba piloto y empleando el alfa de crombach obteniendo 0.83 muestra mayor fiabilidad del instrumento.

El segundo instrumento: “Test Fantástico para evaluar el factor de riesgo modificable: estilo de vida”, el cual fue aplicado y validado en el Perú por Villar M, Ballinas Y, Gutiérrez C,

Angulo Y. en el estudio “Análisis de la confiabilidad del test fantástico para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa “reforma de vida” del seguro social de salud (EsSa lud)” publicado en la Revista Peruana de Medicina Integrativa, en el 2016. Obteniendo un alfa de Cronbach de 0,778. Con respecto al análisis factorial, se observó una buena consistencia en la agrupación y pertinencia de las preguntas en los diez ítems pertenecientes al cuestionario FANTÁSTICO.

3.5.- Análisis estadístico de los datos

La información final será procesada en el software SPSS versión 23. Para contrastar la hipótesis se someterá a la prueba estadística no paramétrica del ji-cuadrado con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error).

Se realizará con distribución de frecuencias y tablas de contingencia mostradas en tablas y figuras.

3.6.- Principios Éticos

En el desarrollo del presente estudio se tuvieron en cuenta los criterios éticos consignados en el informe Belmont, siendo los siguientes:

Beneficencia: Principio que se tuvo como base para no dañar a tanto al sujeto como a la comunidad, sino más bien, el hacer un bien ayudando a obtener lo que es beneficioso para ellos, promoviendo el bienestar en cada uno de ellos, y reducir los riesgos la cual pueden causar daños tanto físico como psicológico.

Mediante este principio no sólo se respetaron las decisiones del profesional de enfermería que participe en el estudio, sino que además se protegió en todo momento de cualquier daño procurando su bienestar

Justicia: Se refiere que nadie debe ser discriminado ni por su cultura, ideología, política, social y economía; se distribuye los beneficios equitativamente a todas las personas. En la presente investigación, todos los adultos mayores que participarán serán tratados por igual siendo partícipes del mismo derecho, lo que permitió aplicar el instrumento.

IV. RESULTADOS

Determinar la prevalencia de hipertensión arterial y sus factores asociados en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba – Jaén, 2019

Objetivos específicos

Tabla 1: Prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba.

Hipertensión Arterial	Frecuencia	%
Si	58	53
No	51	47
Total	109	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Del 100% de los adultos mayores atendidos; el 53% (58) están diagnosticados con hipertensión arterial, mientras el 47% (51) no tienen hipertensión arterial.

Tabla 2: Factores sociodemográficos y económicos en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba.

Factores socio demográficos y económicos	Items	Frecuencia	%
Edad	60-74 años	52	48
	75-90 años	49	45
	91 a +	8	7
Sexo	Masculino	47	43
	Femenino	62	57
Estado civil	Soltero	25	23
	Casado	68	62
	Unión doble	0	0
	Separado	16	15
	Divorciado	0	0
Tiempo de viudez	Menor 1 año	17	16
	Mayor 1 año	36	33
	No aplica	56	51
Ingreso económico	Sin ingresos	19	17
	Menor 750	8	7
	Mayor 750	18	17
	Pensión 65	64	59
Convivencia	Solo	16	15
	Conyuge	36	33
	Hijos	14	13
	Conyuge e hijos	19	17
	Otros familiares	24	22
Actividad laboral	Remunerada	26	24
	Sin remuneración	0	0
	Sin actividad	83	76

Nivel de escolaridad	Analfabeto	17	16
	Primaria	14	13
	Incompleta		
	Primaria completa	26	24
	Secundaria	14	13
	Incompleta		
	Secundaria completa	31	28
	Técnico	7	6
	Universitario	0	0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Del 100% de los adultos mayores atendidos; el 48% (52) tienen entre 60 a 74 años y el 45% (49) de 75 a 90 años, el 57% (62) son de sexo femenino y el 43% (47) de sexo masculino, el 62% (68) son casados y el 23% (25) son solteros, en tiempo de viudez 33% (36) tienen mayor de un año y el 16% (17) tienen menor de un año, el 59% (64) cuentan con pensión 65 y el 17% (19) no cuentan con ingresos, el 33% (36) viven con su cónyuge y el 17% (19) con su cónyuge más hijos, el 76% no tienen una actividad laboral remunerada y el 24% (26) si es remunerada, el 28 % (31) tienen secundaria completa y el 24% (26) primaria completa.

Tabla 3: Factores fisiológicos en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba.

Factores fisiológicos	Ítems	Hipertension			
		si		no	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
IMC					
Bajo peso	menor 18.5	14	24	9	18
Normal	18.5 - 24.9	39	67	34	67
Sobrepeso	25 - 29.9	5	9	8	15
Obesidad	30 a más	0	0	0	0
Total	109	58	100	51	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Del 100% (58) de los adultos mayores con hipertensión respecto a los factores fisiológicos: 24% (14) tienen bajo peso, el 67% (39) tienen IMC normal y el 9% (5) están en sobrepeso. Del 100% (51) de los adultos mayores sin hipertensión respecto a los factores fisiológicos: 18% (9) tienen bajo peso, el 67% (34) tienen IMC normal y el 15% (8) están en sobrepeso.

Tabla 4: Factores biológicos en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba.

Factores biológicos	Ítems	Hipertension			
		si		no	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Antecedentes familiares HTA	Si	35	60	21	41
	No	23	40	30	59
Total	109	58	100	51	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Del 100% (58) de los adultos mayores con hipertensión respecto a los factores biológicos: el 60% (35) si tienen antecedentes familiares con hipertensión arterial y el 40% (23) no tienen. Del 100% (51) de los adultos mayores sin hipertensión respecto a los factores biológicos: el 41% (21) si tienen antecedentes familiares con hipertensión arterial y el 59% (30) no tienen.

Tabla 5: Factor modificable en adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba.

Factor modificable	Ítems	Hipertensión			
		si		no	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estilo de vida inadecuado, zona de peligro.	0 - 46	0	0	0	0
Estilo de vida Bajo, podría mejorar	47 - 72	4	7	9	18
Estilo de Vida Regular, está bien.	73 – 84	24	41	29	57
Estilo de vida Bueno, buen trabajo	85 – 102	30	52	13	25
Estilo de vida excelente, “Fantástico”	103 - 120	0	0	0	0
TOTAL	120	58	100	51	100

Fuente: Valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor MINSA

Interpretación: Del 100% (58) de los adultos mayores con hipertensión respecto a factor modificable: el 7% (4) tienen un estilo de vida bajo que podría mejorar, el 41% (24) tienen un estilo de vida regular que está bien y el 52% (30) tienen un estilo de vida bueno es buen trabajo. Del 100% (51) de los adultos mayores con hipertensión respecto a factor modificable: el 57% (29) tienen un estilo de vida bajo que podría mejorar, el 25% (13) tienen un estilo de vida regular que está bien y el 52% (30) tienen un estilo de vida bueno es buen trabajo.

V. DISCUSIÓN

La hipertensión arterial en el adulto mayor es un problema de salud pública que va creciendo cada día más, constituyendo el grupo poblacional con el mayor crecimiento proporcional. La hipertensión es un desorden altamente prevalente en pacientes adultos mayores y es un importante contribuyente a su alto riesgo cardiovascular. La presión arterial aumenta con la edad y, por lo tanto, el riesgo de que una persona sea hipertensa aumenta en las personas mayores de 65 años, a esta edad su prevalencia alcanza entre el 60% y el 70%, siendo más frecuente la hipertensión sistólica aislada (solo la alta) debida a la rigidez de las arterias por la edad.

Para un adulto mayor, como también para el resto de la población, se considera normal cuando la presión sanguínea se encuentra por debajo de 120/80mmHg. Mientras más bajo, mejor. En la presente investigación, se encontró que el 53% están diagnosticados con hipertensión arterial, mientras el 47% no tienen hipertensión arterial. Asimismo, García N., Cardona D., 65,5% fueron mujeres hipertensas, el 64,1% adultos mayor joven (60 a 74 años de edad), la subregión de Oriente (RP=1,67, IC al 95%: 1,27-2,19). Caso contrario, Espinoza C., Morocho A. halló que la prevalencia de HTA del 35,5% (n=71), siendo superior en los sujetos casados. Se observó asociación estadísticamente significativa con el antecedente familiar de HTA.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial es causante de por lo menos 45% de las muertes por cardiopatías y 51% por enfermedad vascular cerebral; afecta desproporcionadamente a las poblaciones de ingresos bajos y medianos: casi 80% de las muertes de causa cardiovascular corresponden a países con estas características económicas y sociales. La presión arterial aumenta con la edad debido al proceso de envejecimiento, por incremento en la rigidez de las arterias, el remodelado vascular y por cambios en los mecanismos renales y hormonales, por tanto, se espera que se eleve la incidencia de hipertensión arterial en los adultos mayores.

Respecto a los factores sociodemográficos y económicos en adultos mayores, el 48% tienen entre 60 a 74 años y el 45% de 75 a 90 años, el 57% son de sexo femenino y el 43% de sexo masculino, el 62% son casados y el 23% son solteros, en tiempo de viudez 33% tienen mayor de un año y el 16% tienen menor de un año, el 59% cuentan con pensión 65 y el 17% no cuentan con ingresos, el 33% viven con su cónyuge y el 17% con su cónyuge más hijos, el 76% no tienen una actividad laboral remunerada y el 24% si es remunerada, el 28 % tienen secundaria completa y el 24% primaria completa.

Ante ello; Zubeldia L., Quiles J. la prevalencia de hipertensión estimada para la Comunidad Valenciana fue de 40,7% en hombres y 35,7% en mujeres. La edad 45-64 años; ≥ 65 años. De la misma forma; Uscata R. 55.2% eran mujeres y 44.8% fueron hombres, siendo sus principales factores sexo femenino y edad. Y Quintana A. encontró factores sociodemográficos; tiempo de viudez (0.005) y convivencia con hijos (0.02). Así, García N., Cardona D., encontró que la pobreza se asocia con la enfermedad, el estrato socioeconómico cero, se encontró asociación con los hábitos como: el consumo de alcohol, el tabaco y el estado nutricional.

Es importante recalcar que, la baja escolaridad en la población se relaciona con un mínimo control del rol activo en educar al paciente de manera que se haga comprender de la seriedad de la enfermedad. Entre ambos sexos, se dice que la mujer es la que tiene mayor conocimiento de la enfermedad y que lleva un mejor control de la enfermedad. Asimismo, el adulto que vive con su pareja, hijos u otros familiares tienen de por sí un factor protector para su salud y apoyo que ayuda llevar a los adultos mayores a adoptar una conducta saludable.

En los factores fisiológicos, se obtuvo que de los adultos mayores con hipertensión el 24% tienen bajo peso, el 67% tienen IMC normal y el 9% están en sobrepeso. Mientras los adultos mayores sin hipertensión respecto a los factores fisiológicos: 18% tienen bajo peso, el 67% tienen IMC normal y el 15% están en sobrepeso. Ante ello; Zubeldia L., Quiles J. halló en la categoría ponderal y padecer diabetes mellitus y se constituyeron como variables asociadas con hipertensión.

Por ello, la relación entre obesidad, hipertensión y enfermedad cardiovascular se ha estudiado desde siempre, evidenciando que la presión arterial se incrementa aproximadamente 3 mmHg por cada 10 kg de aumento de peso corporal y se vincula con 12% de incremento del riesgo de muerte por enfermedad coronaria y 24% de enfermedad vascular cerebral, este riesgo se incrementa aún más en los adultos mayores, asimismo, la práctica regular de ejercicio aeróbico reduce la presión arterial y mejora la salud cardiovascular. Sin embargo, el adulto mayor muchas veces no puede realizar ejercicios convirtiéndose un obstáculo, esto se puede deber a enfermedades como osteoporosis, incontinencia que son los más comunes.

Respecto a los factores biológicos, de los adultos mayores con hipertensión el 60% si tienen antecedentes familiares con hipertensión arterial y el 40% no tienen. De los adultos mayores sin hipertensión: el 41% si tienen antecedentes familiares con hipertensión arterial y el 59% no tienen. Además, en el factor modificable de los adultos mayores con hipertensión el 7% tienen un estilo de vida bajo que podría mejorar, el 41% tienen un estilo de vida regular que está bien y el 52% tienen un estilo de vida bueno es buen trabajo. Y los adultos mayores con hipertensión: el 57% tienen un estilo de vida bajo que podría mejorar, el 25% tienen un estilo de vida regular que está bien y el 52% tienen un estilo de vida bueno es buen trabajo.

El abordaje de la enfermedad debe involucrar evidentemente al paciente, pero de manera igualmente importante a la familia o cuidadores y, en la medida de lo posible, al entorno inmediato y mediato si es que queremos incidir de la mejor manera en el tratamiento de la enfermedad y en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes. La actividad física se destaca su rol para disminuir la presión arterial sistólica y diastólica. Por lo tanto, esta recomendación se debe reforzar en las mujeres y estimular a los pacientes hipertensos a incrementar esta actividad saludable junto con otras medidas no farmacológicas.

VI. CONCLUSIONES

La prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores es de 53% diagnosticados, mientras el 47% no tienen hipertensión arterial.

Los factores sociodemográficos y económicos en los adultos mayores, el 48% tienen entre 60 a 74 años y el 45% de 75 a 90 años, el 57% son de sexo femenino y el 43% de sexo masculino, el 62% son casados y el 23% son solteros, en tiempo de viudez 33% tienen mayor de un año y el 16% tienen menor de un año, el 59% cuentan con pensión 65 y el 17% no cuentan con ingresos, el 33% viven con su cónyuge y el 17% con su cónyuge más hijos, el 76% no tienen una actividad laboral remunerada y el 24% si es remunerada, el 28 % tienen secundaria completa y el 24% primaria completa.

En los factores fisiológicos, los adultos mayores con hipertensión el 24% tienen bajo peso, el 67% tienen IMC normal y el 9% están en sobrepeso. Mientras los adultos mayores sin hipertensión respecto a los factores fisiológicos: 18% tienen bajo peso, el 67% tienen IMC normal y el 15% están en sobrepeso.

Los factores biológicos, los adultos mayores con hipertensión el 60% si tienen antecedentes familiares con hipertensión arterial y el 40% no tienen. De los adultos mayores sin hipertensión: el 41% si tienen antecedentes familiares con hipertensión arterial y el 59% no tienen.

En el factor modificable de los adultos mayores con hipertensión el 7% tienen un estilo de vida bajo que podría mejorar, el 41% tienen un estilo de vida regular que está bien y el 52% tienen un estilo de vida bueno es buen trabajo. Y los adultos mayores con hipertensión: el 57% tienen un estilo de vida bajo que podría mejorar, el 25% tienen un estilo de vida regular que está bien y el 52% tienen un estilo de vida bueno es buen trabajo.

VII. RECOMENDACIONES

A la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, dotar de mayor número de profesionales de enfermería con el fin de monitorear de a adultos mayores con o sin hipertensión arterial, así interviniendo oportunamente y evitando posibles riesgos.

Al centro de salud, el encargado de la estrategia del adulto mayor debe coordinar con el equipo multidisciplinario e informar de los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión con el fin de darle seguimiento y mejorar su estilo de vida.

La estrategia del adulto mayor debe trabajar con los adultos mayores sin hipertensión para la participación de los talleres que permitan el mantenimiento de su salud.

A la universidad, en especial a la Escuela de enfermería, a promover programas y talleres con los adultos mayores relacionados a estilos de vida saludables. Asimismo, incentivar a que los estudiantes realicen mayores investigaciones referentes a este tema que sirvan como fundamento científico.

VIII. ASENTAMIENTO BIBLIOGRÁFICO

1. . Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la hipertensión arterial. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(1):46-87.
2. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, sixth report of Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). Aicl/Intern Med. 1992; 157: 241-46
3. Emma A, Fabián, María A, Guisado, Gabriela S, Almidón, Delia D, León. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Revista enfermera Herediana. 2014. 7(2):132-139. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2563/2468> (último acceso 20 diciembre 2019)
4. Salazar C, Rotta R, Otiniano C. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered. Vol.27:60-66. [Internet] 2016. Extraído el 10 mayo de 2019.
5. Castellanos Alfonso JA, La Rosa Niegues R, Menéndez Cabrera R. Prevalencia de la hipertensión arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(2):138-43.
6. Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Guallar-Castillón P, León-Muñoz C.M, Zuluaga C, López-García E, Gutiérrez-Fisac J.L, Taboada, J.M, Aguilera, M.T, Regidor E, Villar-Álvarez F, Banegas J.R. Justificación y métodos del estudio sobre nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA). Rev Esp Cardiol. 2011; 64:876–82.
7. Llibre J, Laucérique T, Noriega LyGuerra M. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Rev cubana med. 2011. 50(3): pp. 242-251. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232011000300003&script=sci_abstract (último acceso 24 setiembre 2017)
8. Pardell A, Armario G, Hernández R. Tabaco, presión arterial y riesgo cardiovascular. Elsevier. Granma. Vol.20(5) páginas 226-233. [Internet] 2003. Extraído el 10 marzo de 2019. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo->

vascular-67-articulo-tabaco-presion-arterial-riesgo-cardiovascular-S1889183703713877

9. INEI. Situación de la Población Adulta Mayor. Informe técnico Número 2 –Junio [Internet] 2017. Extraído el 15 febrero de 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf
10. Espinoza C., Morocho A. y otros. Ecuador. 2018. Hipertensión arterial y factores asociados en adultos mayores de la parroquia de Baños, Cuenca.
11. Zubeldia Lauzurica Lourdes, Quiles Izquierdo Joan, Mañes Vinuesa Jordi, Redón Más Josep. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 2020 Ene 26] ; 90: e40006. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100406&lng=es. Epub 01-Abr-2016.
12. García N., Cardona D., y otros. Colombia. 2016. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión.
13. Uscata R. 2019. Lima. En su investigación: Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos mayores atendidos en un hospital geriátrico.
14. Quintana A. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor del Centro de Salud Chongoyape, 2018.
15. Díaz Ramos, D Intervención educativa para el control de la Hipertensión Arterial. Consultorio 111. Matanzas [Tesis de especialización]. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener; 2015.
16. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social. Vol IV. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p.1163.
17. Jiménez M, Orkaizaguirre A, Bimbela M. Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos. Rev, Index Enferm. 2015, 24(4), pp.217-221. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300006>

18. CUSPIDI C, MACCA G, SAMPIERI L, MICHEV I, SALERNO M, FUSI V, et al. High prevalence of cardiac and extracardiac target organ damage in refractory hypertension. *J Hypertens* 2001; 19:2063-2070.
19. ROBLES NR, CANCHO B. Hipertensión de bata blanca. *Nefrología* 2002; 22 (Supl 3):72-76.
20. OHKUBO T, KILUYA M, METOKI H, ASAYAMA K, OBARA T, HASHIMOTO T, Et al. Prognosis of masked hypertension and white-coat hypertension detected by 24 h ambulatory blood pressure monitoring. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 508-515
21. SEGA R, TROMINO G, LANZAROTTI A, CARUGO S, CESANA G, SCIAVONI R, et al. Alterations in cardiac structure in patients with isolated office, ambulatory or home hypertension. Data from the general PAMELA population. *Circulation* 2001; 1104:1385-1392.
22. Sánchez Ramiro A, Ayala Miryam, Baglivo Hugo, Velázquez Carlos, Burlando Guillermo, Kohlmann Oswaldo et al . Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2010 [citado 2020 Ene 30] ; 29(1): 117-144. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602010000100012>.
23. Díaz Ramos, D Intervención educativa para el control de la Hipertensión Arterial. Consultorio 111. Matanzas [Tesis de especialización]. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener; 2015.
24. Weschenfelder D, Gue J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería global*. [Internet]. 2012 Abr [citado 2014 Mar 30]; 11(26): 344-353.
25. Pacheco J. Hipertensión arterial en diferentes edades de la mujer. *An. Fac. Med* [revista en internet] 2010. [citado 25 de febrero de 2014]; 71 (4).
26. Hernández L, Pérez V, De la Vega T, Alfonso O, Quijano J. Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio médico 3 del Policlínico Docente "Ana Betancourt: *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en internet] 2014. [citado 27 de febrero de 2014]; 30(1): 59-70.

27. Mancia G. Manual of Hypertension. 2nd ed. London: Ed. Churchill Livingstone, 2002.
28. Aguilar G. Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013. [TesisPregrado].Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Recuperada en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3579/1/Aguilar_mg.pdf
29. Naranjo Hernández Ydalsys, Concepción Pacheco José Alejandro, Rodríguez Larreynaga Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 Dic [citado 2019 Mayo 02] ; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.
30. Taylor SG. Dorothea E. Orem, teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007, p. 267-295.
31. Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol (Mex)[Internet]. 2011`citado 9 Jul 2014]; 10(3): 163-67. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgiin/contenido.cgi?IDREVISTA=221&IDPUBLICACION=3438>
32. Benavent MA, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de enfermería. Madrid: DAE Grupo Paradigmas. Enfermería 21; 2000.
33. Salcedo Álvarez RA, González Caamaño BC, Jiménez Mendoza A, Nava Ríos V, Cortés Olguín DA, Eugenio Retana MB. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Enferm. Univ[Internet]. 2012 [citado 9 Jul 2014]; 9(3): 25-43. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16657063201200030004&lng=es
34. Hernández S, Fernández L. Metodología de la investigación. Sexta ed. México: McGraw-Hill; 2014.



VII.- ANEXOS
UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**CUESTIONARIO: INSTRUMENTO: ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE
PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

DATOS GENERALES

I. Objetivo:

Recoger información de los adultos mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba – Jaén, 2019.

Introducción: Estimado: de acuerdo con el objetivo que se señala; mucho le agradeceré responder a las preguntas. No hay respuestas buenas o malas, solo nos interesa su veracidad. Es por ello que no requerimos se identifique. Este estudio redundará en el servicio. Muchas gracias.

FASE I

Prevalencia

Presión arterial:_____

Fase II

I. Factores sociodemográficos y económicos

1. Edad:

- a. Personas de edad avanzada. 60 74 años () b. Viejas o ancianas. 75 90 años ()
c. Grandes longevos. 90 + años

2. Sexo:

- a. Masculino () b. Femenino ()v

3. Estado civil

- a. Soltero () b. Casado () c. Unión Libre () d. Separado () e. Divorciado ()
b. Viudo ()

4. Tiempo de viudez

- a. Menor a 1 año () b. Mayor a 1 año () c. No aplica ()

5. Ingresos económicos.

- a. Sin ingresos () b. Menor al salario mínimo (750 nuevos soles) ()
b. Igual al salario mínimo () c. Mayor al salario mínimo () d. Pensión 65 ()

6. Convivencia.

- a. Solo () b. Cónyuge () c. Hijos () d. Cónyuge e hijos () e. Otros familiares ()
f. otros () _____

7. Actividad laboral

- a. Con actividad laboral remunerada () b. Con actividad laboral no remunerada ()
c. Sin actividad laboral ()

8. Nivel de escolaridad

- a. Analfabeto () b. Primaria sin terminar. () c. Primaria terminada. ()
d. Secundaria sin terminar () e. Secundaria terminada. () f. Técnico medio terminado. ()
g. Universitario. ()

II. Factores fisiológicos

1. IMC: peso: _____ talla: _____

1. Enfermedad: Si () No ()Cuál: _____

III. Factores Biológicos.

Antecedentes familiares de hipertensión: Si () No () quien; _____

ANEXO 02

INSTRUMENTO: TEST FANTASTICO PARA EVALUAR EL FACTOR DE RIESGO MODIFICABLE: ESTILO DE VIDA

Objetivo: Identificar el nivel Estilos de vida del Adulto mayor adscrito al Centro de Salud
Cruce de Chumba – Jaén, 2019

Indicaciones: Marcar con una X en la casilla según corresponda teniendo en cuenta que

1= Nunca 2=Casi nunca 3= A veces 2 = Siempre

ITÉMS	1	2	3	4
Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí				
Doy y recibo cariño				
Me cuesta decir buenos días, perdón, gracias o lo siento				
Soy integrante activo de grupos de apoyo a la salud o sociales				
Realizo actividad física por 30 min				
Camino al menos 30 min diariamente				
Como dos porciones de frutas y tres de verduras				
A menudo consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra, o grasas				
Estoy pasado en mi peso ideal				
Fumo cigarrillos				
Cigarros fumados por día				
Uso excesivamente medicamentos sin prescripción médica o me auto médico				
Número promedio de bebidas alcohólicas a la semana				
Bebo ocho vasos con agua cada día				
Bebo té, café, cola, gaseosa				
Duermo bien y me siento descansado				
Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida				
Me relajo y disfruto mi tiempo libre				
Parece que ando acelerado				

Me siento enojado o agresivo				
Me siento contento con mi trabajo y actividades				
Soy un pensador positivo				
Me siento tenso o abrumado				
Me siento deprimido o triste				
Me realizo controles de salud en forma periódica				
Converso con mi pareja o familia aspectos de sexualidad				
En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja				
Como peatón, pasajero del transporte público, sigo las reglas				
Uso cinturón de seguridad				
Tengo claro el objetivo de mi vida				
Total				

Estilo de vida inadecuado, zona de peligro.	0 - 46
Estilo de vida Bajo, podría mejorar	47 - 72
Estilo de Vida Regular, está bien.	73 – 84
Estilo de vida Bueno, buen trabajo	85 – 102
Estilo de vida excelente, “Fantástico”	103 - 120



ANEXO 03
UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ DNI _____

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA DE MULTIMICRONUTRIENTES EN MADRES CON NIÑOS DE 6 – 24 MESES, CENTRO DE SALUD COCHALAN - 2019”**

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

En señal de conformidad asiento mi firma.

Jaén, de setiembre, 2019

.....

Nombre

DNI

ANEXO 04

FIABILIDAD DE INSTRUMENTO: "ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL"

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,834	14

Estadísticos de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Presión arterial	32,73	56,495	,874	,787
Edad	36,33	73,524	,594	,824
Sexo	34,93	75,067	,481	,828
estado civil	33,40	54,114	,811	,793
tiempo de viudez	33,80	73,886	,693	,824
Ingresos económicos	33,20	58,029	,814	,793
Convivencia	32,93	65,362	,830	,802
Actividad	34,20	68,029	,722	,811
nivel de escolaridad	32,67	66,962	,662	,811
IMC	33,87	63,838	,763	,803
Enfermedad	35,13	78,695	,067	,840
Número de patologías	34,33	99,524	-,734	,913
antecedentes familiares de HTA	34,93	73,210	,701	,822
Nivel de consanguinidad	33,47	65,838	,551	,818

Estadísticos de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
36,53	79,552	8,919	14