



UNIVERSIDAD
AUTONOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**FACTORES PREDISPONENTES Y PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD DE PUEBLO NUEVO – ICA**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR:
YARASCA ESCALANTE THALIA ELISA**

**ASESORA:
DRA. MADGALENA CECILIA TALLA LINDERMAN**

CHINCHA-ICA- PERÚ

2016

Dedico primeramente a dios, a las personas que me apoyaron y han hecho que mi trabajo se realice, dándome los mejores consejos, guiándome y haciéndome una persona de bien.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión es una dificultad médica general que requiere una amplia difusión de datos a nivel de población, con miras a una prueba reconocible apropiada y un mejor control del número de pulsaciones.

Esta cuestión aumenta enérgicamente con la edad, por lo que más del 60% de los hombres y las mujeres más de 65 tienen hipertensión, y la población sigue ascendiendo con la edad ordinaria, más notable de personas hipertensas son accesibles.

En todas las de edades, los valores más altos de peso de los vasos sanguíneos se correlacionan bien con el riesgo cardiovascular ampliado, e incluyendo la tensión circulatoria expandida puede dañar el marco vascular. Por lo tanto, en general, en la reunión considerada "alto nivel típico", se esperan ventajas rentables.

Cambios en el modo de vida, por ejemplo, disminución de peso, movimientos físicos expandidos y cambios en la dieta, granos, verduras, productos naturales, incluyendo insuficiencia de sal y aumento de la nutrición con altos niveles de potasio, y productos no grasos

Importancia, sin recurrir al tratamiento medicamento no es sólo la razón natural más ampliamente reconocida para la hipertensión, sino que también apoya enormemente la aparición de la dislipidemia y la diabetes. Por el contrario, el exceso de peso, particularmente el estómago, se está expandiendo.

Los progresos del tratamiento antihipertensivo en los últimos años, han aumentado positivamente en el mejor control de la hipertensión. Algunas

clases de medicamentos se han incorporado en el instrumento mortal restaurativo, y hoy en día existe la capacidad de regularizar la tensión circulatoria en la mayoría de los sujetos hipertensos, evitando inconvenientes en los órganos blancos.

Sea como fuere, la gran información de estas ventajas, el control de la hipertensión, incluidas las naciones creadas, está muy lejos del ideal. Algunos componentes son capaces, principalmente el déficit en consideración de la clase restaurativa en su mejor administración, y el desprecio de los pacientes al adherirse al tratamiento endosado.

La preparación se solicita continuamente en ambas grupos, antes de tomar resultados mejorados. En el presente simposio disponemos con la participación de prestigiosos investigadores nacionales, quienes nos brindan información actualizada de los principales aspectos de la hipertensión, que consideramos de inestimable valor en el mejor conocimiento de esta condición.

Son casi 5 millones de personas que padecen hipertensión arterial, de acuerdo al último reporte del Ministerio de Salud (Minsa)

ÍNDICE

Pág.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1: Planteamiento del problema.....	7
1.2: Formulación del problema.....	10
1.3: Objetivos.....	10
1.4: Justificación del problema.....	11
1.5: Delimitación del área de estudio.....	11

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1: Antecedentes del estudio.....	12
2.2: Bases teóricas.....	16
2.3: Definición de conceptos operacionales.....	36

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1: Hipótesis Global.....	38
3.2: Hipótesis derivadas.....	39
3.3: Variables.....	39

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1: Tipos de investigación.....	40
4.2: Población y muestra.....	39
4.3: Técnicas de recolección de datos.....	39

4.4. Diseño de recolección de datos	40
4.5: Procesamiento y análisis de resultados.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXOS.....	45
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	72

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como indica la asociación mundial de bienestar, la enfermedad cardiovascular caracteriza la razón de alrededor de 17 millones de fallecimientos por año, casi el 33% del agregado. Entre ellos, la hipertensión causa 9,4 millones de fallecimientos cada año. La hipertensión es la razón de no menos del 45% de los fallecimientos de enfermedad (se suman a la mortalidad por enfermedad cardiopatía isquémica).

En 2012, en el mundo se han diagnosticado de hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas con esta enfermedad aumentó de 600 millones en 1990 a 1000 millones en 2012. La prevalencia más alta de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%.

En general, la incidencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40%.

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2012, los Estados Miembros establecieron el objetivo de reducir en un 25% para 2025 el número de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles.

Según la organización panamericana de la salud Washington, DC, 15 de mayo de 2014 recomienda a los ciudadanos de las Américas a chequear su presión arterial para pronosticar infartos y accidentes cerebrovasculares.

El tema del Día Mundial de la Hipertensión de este año al igual que en 2013. Se estima que al menos el 30% de las personas de la región tiene hipertensión y que un tercio de ellas no lo sabe.

La Organización Panamericana de la Salud durante los próximos diez años, estima que ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en América, de las cuales 2.4 pueden ser atribuidas a la Hipertensión Arterial (HTA).

Cada año mueren aproximadamente de 17 millones de personas en el mundo por problemas cardiovascular y se estima que cada cuatro segundos ocurre un evento coronario y cada cinco segundos un evento vascular cerebral.

A nivel mundial se anuncia que para 2025, el número de adultos con hipertensión arterial, aumentará un 60%, lo que equivaldría a un total de 1.56 billones de adultos con este padecimiento. Se explicó que en el 2005 causaron 35 millones de mortalidad, 16 millones fueron en menores de 70 años, lo que representa el 60% de las muertes y aumentarán 17% en los próximos 10 años.

Según el Minsa últimos estudios desarrollados en 26 ciudades del Perú (en las tres regiones) sobre hipertensión, se determinó que un 23,7% de la población mayor de 18 años tiene hipertensión arterial, con una mayor incidencia de hipertensos en el sexo masculino (13,4%) sobre el sexo femenino (10,3%). el promedio de la HTA en mayores de 60 años fue 48%, lo que representa un alto porcentaje de la población y se indica que a medida que avanza la edad se incrementa el nivel de hipertensión en toda la población, siendo mayor en la costa sobre los 60 años de edad, en relación con las otras regiones del país.

Según la ENDES realizada en personas mayores de 15 años o más, mostró que existe una prevalencia de presión alta del 16.6 por ciento en la habitación peruana y que el 21.5 por ciento es en hombres y el 12.3 por ciento es en mujeres. En 2013 se reportaron 185,078 pacientes atendidos por hipertensión arterial en consulta externa y 7,506 casos vinculados con el diagnóstico de enfermedades isquémicas del corazón en los hospitales del Minsa.

Según la Diresa Ica durante el 2011 se ha detectado 4 064 casos de hipertensión arterial (Tasa de Prevalencia: 5.38 x103 habitantes) y 10 181 casos de obesidad (Tasa de Prevalencia: 13.48 x103 habitantes); según sexos las enfermedades reportadas fueron más frecuentes en mujeres, de acuerdo a las siguientes tasas: para hipertensión arterial y 76.41% para obesidad.

Por provincias, las tasas de prevalencia más elevadas correspondieron a Palpa (64.65 x 103 habitantes), Pisco (20.00 x 103 habitantes) y Chincha (11.89 x 103 habitantes) en obesidad; en el sexo femenino las frecuencias más altas se observaron en Ica en hipertensión arterial (41.97%), hipertensión arterial (42.85%) y en obesidad (40.22%)

Al interactuar con los pacientes que asisten al Centro de Salud Pueblo Nuevo y preguntarles sobre la prevención de la hipertensión y autocuidado, ellos referían: “Yo como de todo, mis pallares, lo que producimos y no me cuida”, “como lo que mis hijos me dan”, “no le reduzco la sal a mis comidas”, de vez en cuando tomo las pastillas para la presión”, entre otras preguntas, por lo que se formula la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores predisponentes y prevención de hipertensión arterial en pacientes mayores que concurren al centro de salud de Pueblo Nuevo Junio del 2016?

1.3. OBJETIVOS GENERAL

Determinar los factores predisponentes y prevención de hipertensión arterial en pacientes mayores que acuden al que acuden al centro de salud de Pueblo Nuevo junio 2016

Objetivo Especifico

OE1 Identificar los factores predisponentes de la hipertensión arterial en pacientes mayores que acuden al que acuden al centro de salud de Pueblo según sea:

- ✓ Factores modificables
- ✓ Factores no modificables

OE2 Indicar la prevención de hipertensión arterial en pacientes mayores que asisten al centro de salud de Pueblo según sea:

- ✓ Control de peso
- ✓ Actividades físicas
- ✓ Consumo moderado de sal

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En términos generales, según las mediciones del MINSA 2010, destacó, siendo excepcional como una enfermedad tranquila y extremadamente normal en adultos que están en peligro. Entre estos componentes del peligro son elementos modificables que pueden fluctuar en la mirada para la prosperidad del individuo y de esta manera evitan la infección cardiovascular;

Además tenemos un modifiable, donde es difícil de interceder, sin embargo en el caso de que se considera, para un buen control. El asistente como un experto en bienestar está a cargo de la acción antiactiva y el avance del bienestar, que es la razón anticipación de la enfermedad cardiovascular debe ser reforzada en una edad posterior, mantenerse alejado de la disminución de las enfermedades a través del interés de la enfermería experto a través de la instrucción De sólidos modos de vida.

1.5. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El Distrito de Pueblo Nuevo - Ica es uno de los 14 distritos de la Provincia de Ica, situada en el departamento de Ica, perteneciente a la región Ica.

Un desvío a la altura del km 311 conduce hasta el distrito de Pueblo Nuevo, Provincia de Ica, departamento de Ica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Honorato O. En el año 2012 se llevó a cabo un estudio con el objetivo de ESTIMAR EN LA GRUPO ETAREO DE 30 A 74 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID (CM) LA PREVALENCIA DE HIPERTENSOS, A SI MISMO EL CONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, Y GRADO DE CONTROL. El ejemplo conseguido por la inspección irregular por dos - organizar agregados. Se ha terminado un examen epidemiológico por teléfono.

En la fundación de bienestar, el examen físico fue completado por un grupo preparado de asistentes médicos. Para los factores cuantitativos, se han evaluado índices de certeza del 95% (IC del 95%) y para los factores subjetivos se evaluó la tasa y el IC del 95%. Con un objetivo final específico para asegurar el control de la hipertensión según la cantidad de estándares dinámicos, las proporciones de las probabilidades fueron evaluadas por la recaída calculada.

Se trata de: el ejemplo se unió finalmente a 1.085 hombres y 1.183 damas, con una edad media de 48 años. La hipertensión fue del 29,3% (IC del 95%: 27,3-31,5) (35,1% en varones y 23,9% en damas ($p < 0,01$), 68,6% (62,4% de chicos y 76,65% de mujeres, $p < 0,05$). Los pacientes hipertensos sometidos a tratamiento controlado de la tensión circulatoria fueron 33% de los hombres versus 49% de las mujeres ($p < 0,05$) (IC del 95%: 95% 1,09-33,27) La economía, el tratamiento y el control son de baja moderación en las producciones y estudios. Antes de la población española y europea. Sin embargo, la hipertensión es un problema médico general en CM. Una tasa de personas no hipertensas no descubiertas. Hipertenso quién conoce su análisis y tratamiento sólo 1 de cada 3 hombres y 1 de cada 2 señoras se controlan mucho.

Fanarraga M. en el año 2013 realizó una investigación de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo del corte transversal con el propósito de DETECTAR LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DOMICILIARIO QUE DESARROLLAN LOS PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La hipertensión es una de las razones repentinas de la muerte en el mundo y en nuestra nación, sucede sin respeto a: raza, bienestar económico; Están entre sus componentes de riesgo: edad, peso, alimentación y forma de vida inactiva. Es una dolencia sin fin que se describe por un aumento ininterrumpido de la corriente sanguínea del corazón, que se separa cuando se ajustan los divisores de las vías de suministro, añadiendo que el peso aumenta y entrega cambios en el paciente registrándose como hipertenso, más prominente o Equivalente a 140/90 mmHg.

El examen se completó en el centro de cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-ESSALUD; Los inquilinos fueron pacientes con un hallazgo de hipertensión de los vasos sanguíneos, un ejemplo de 130 pacientes de ambos sexos y vecinos en la ciudad de Lima fue explorado. Para reunir la información, se completó el procedimiento de revisión y como herramienta la encuesta con preguntas sobre el conocimiento de la hipertensión en los vasos sanguíneos en adultos. Se lograron los siguientes resultados: el mayor porcentaje 99% conocen los alimentos que debe de consumir diariamente, los signos y síntomas de la enfermedad, el 98 % conocen que deben hacer caminatas durante el día, el 94% conocen que debe de descansar durante el día y un porcentaje de 70% no tienen

conocimiento de los daños ocasionados por la hipertensión y que aumentan a través del tiempo y el 28% ignora que la hipertensión arterial sube dependiendo la edad, sexo y obesidad.

En cuanto a la práctica de autocuidado el 69% se controlan la presión arterial, el 77% desarrollan caminatas durante el día y el 87% tienen una alimentación adecuada considerando frutas y verduras. La investigación se llevó a cabo entre el mes de enero y febrero del 2013 en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Fabián E. en el año 2012 realizó un estudio es cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal cuyo propósito fue: INFORMAR A LA COORPORACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y AUTOUIDADO EN HIPERTENSOS.

La población de la revisión era 3949 y la muestra era 86 pacientes determinaron tener hipertensión. Estrategias y herramientas de recopilación de información, organizó la estrategia de reunión, una encuesta sobre el aprendizaje de la hipertensión de los vasos sanguíneos y para medir la auto-mente de una escala de Lickert. Legitimidad y credibilidad de los instrumentos: se nombró en el juicio de especialistas con 10 expertos en bienestar, la probabilidad fue adquirida por métodos para la utilización de una prueba piloto.

Método de recolección de información: se trató la aprobación del Comité de Ética de la UPCH y del Hospital, la acumulación de información se produjo con el consentimiento educado de los miembros. Los datos adquiridos se avanzaron en una base de datos en Excel a través del programa mensurable SPSS adaptación 15; Y el examen de hechos se realizó con la prueba del suplente; Se utilizó la investigación descriptiva

y los resultados se presentaron en tablas mensurables. Conclusiones: El 40,0% de los pacientes presentaban un estado anormal de información y autocuidado; El 38,1% tenía un bajo nivel de aprendizaje y autocuidado. Las distinciones eran mensurablemente críticas.

Romero S en el año 2011 realizó un estudio descriptivo, no experimental, transversal. propósito, ESPECIFICAR EL NIVEL DE ADHERENCIA AL autor, Gonzalo P en el año 2011 desarrollo un estudio descriptivo transversal con la finalidad del PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA EN HIPERTENSOS del CAP III-Metropolitano Iquitos Es Salud, 2011, durante los meses de agosto a noviembre del 2011. Durante los meses de agosto a noviembre del 2011.

La revisión fue elucidar, no el juicio, transversal. Se midió mediante el uso de la encuesta MBG (Martín-Bayarré-Grau). El ejemplo fue constituido por 62 individuos, 36 (58,1%) damas y 26 (41,9%) varones, quienes acudieron al Programa para su examen y procedieron con tratamiento especificando el Centro Metropolitano. Los efectos secundarios de la revisión fueron: el 57,29% del agregado de la habitación examinado logró 29,14 puntos, que está en la clase de adherencia fraccional (18 - 37 puntos). El 42.71% de la población agregada se obtiene en 18 puntos, que se sitúa en la clase de ausencia de adherencia al programa (0-17 puntos).

Villegas A en el año 2013 realizó un estudio descriptivo , cuyo finalidad fue DETALLAR LA DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLES (OBESIDAD, OBESIDAD ABDOMINAL E HIPERCOLESTEROLEMIA) DE PACIENTES ADULTAS del consultorio de nutrición del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Los problemas cardiovasculares se han incrementado en el Perú, como secuela han aumentado los factores de riesgo cardiovascular como son: la hipercolesterolemia y la obesidad. La valoración nutricional es una herramienta valiosa para identificar tempranamente los factores de riesgo cardiovascular. (HNGAI). Resultados: Muestra conformada por 240 pacientes. El 78.8% fue de sexo femenino y el 21.3% de sexo masculino.

La edad promedio de las personas fue de 57 años. La frecuencia de los factores de riesgo al instante del estudio fueron los siguientes: el 53.3% hipercolesterolemia, el 54.2% tuvo hipertrigliceridemia, el 50.4% HDL normal y el 32.9% HDL bajo, el 55% LDL elevado, el 33.8% VLDL elevado. 16.7% HDL conveniente, El 38.8% tenía diabetes mellitus. El 22.1% tuvo cinco factores y el 21.3% tuvo 3 factores de riesgo. El 25.4% fueron personas obesos y el 70.8% obtuvo un ICC elevado. Conclusiones: Los pacientes evaluados ya presentan factores de riesgo cardiovascular cambiante al momento de ser derivados al consultorio de nutrición. El 21.3% presentó al menos 3 factores al momento de ser derivados al consultorio.

2.2. BASES TEÓRICAS:

Factores predisponentes

Estos son factores de causa, que suelen presentar este mal. El objetivo de los efectos secundarios de las revisiones epidemiológicas aprobó la prueba reconocible de los componentes del peligro. La posibilidad de

que un hombre crece la hipertensión se domina como un componente de peligro y la información de esta o estas variables de peligro son fundamentales para la anticipación, la administración y el control de la hipertensión. La presente auditoría se centra en los componentes de peligro convencionales, modificables y no modificables a los que se descubre al hombre una vez al día.

a. Factores No Modificables.

Son aquellos que no pueden ser tratados o modificados, como:

✓ **Edad y sexo:**

Los montones de la edad del individuo y la recurrencia de la aparición de las personas hipertensas. Cuatro de cada cinco individuos muerden el polvo de enfermedades cardiovasculares más de 65 años. El componente esencial por el cual la tensión circulatoria se amplió por edad es la pérdida de flexibilidad de los cursos, básicamente en los mayores de 50 años y más de 60 años (59%).

Se ha demostrado que la aterosclerosis es básica Se comienza a una edad temprana. Diferentes revisiones han demostrado la presencia de grasa preocupación en pacientes excepcionalmente jóvenes, y podría tomar 20-40 años para entregar una barricada adecuada para dar un ataque al corazón. Cuanto más joven el paciente que está determinado a tener hipertensión, más notable la disminución en la vida si se deja sin tratamiento. Los chicos tienen un mayor peligro de sufrir de hipertensión que las mujeres, después de la menopausia el riesgo es equivalente en ambos sexos.

✓ **Raza:**

Los contemplativos han demostrado que la raza oscura es el pozo en la manera de experimentar los efectos malos de esta enfermedad, sin embargo los cambios en día a día la vida y el no-ajuste de las variables del peligro está ampliando la ocurrencia en diversas pertenencias étnicas.

✓ **Herencia:**

En la posibilidad de que tenemos un familiar que experimenta esta dolencia, hay cerca de una posibilidad del 25% de la acumulación de la enfermedad en cualquier momento de la vida. En el caso de que tanto la madre como el padre tienen hipertensión, usted tiene un 60% de tenerlo.

b. Factores Modificables.

Son factores asociados al estilo de vida y pueden ser susceptibles de ser controlados y/o modificados.

Estos factores se destacan:

✓ **Consumo de tabaco:**

La cepa circulatoria está relacionada con el tabaquismo, ya que este es un elemento de peligro cardiovascular que es el impacto fundamental de la vasoconstricción de la nicotina. El humo del tabaco sigue a los conductos por métodos para sus radicales libres, disminuyendo el óxido nítrico y dañando el endotelio, que promueve la vasoconstricción, el enrojecimiento endotelial y la aterosclerosis

Creación de tensión expandida. La nicotina aplica diferentes impactos farmacológicos que impulsan la expansión de la cepa

circulatoria, la gran mayoría de los cuales se identifican con la incitación:

- Aumento de la frecuencia cardíaca, pulso, límite sistólico y rendimiento cardiovascular.
- Vasoconstricción cutánea y coronaria.
- Incremento de las fijaciones de adrenalina y noradrenalina.

Consumo de grasas:

En las ciudades industrializadas donde los planes de control de peso son ricos en artículos con altas medidas de azúcares directos, grasa de criatura y sal en plenitud, mientras que pobres en alimentos crujientes crecidos desde el suelo.

La devoración de grasas innecesarias, especialmente las grasas inmersas, aumenta los niveles de colesterol en la sangre, las grasas sumergidas se encuentran en alimentos de las criaturas, por ejemplo, carne, drenaje entero, quesos y propagación, limitan la utilización de aderezos, carnes rojas, margarina, pollo y pescado a 6 onzas Cada día y aumentar la utilización de fibra dietética disminuye el colesterol.

✓ **Obesidad:**

Las revisiones epidemiológicas del peso y la hipertensión son más comunes en los negros y, además, en el nivel financiero más bajos. Por ejemplo, los cambios en el peso corporal anticipan cambios en el Ta. Un desarrollo en peso más del 20% de peso impecable aumentó 8 veces la amenaza de hipertensión, hay también el inverso. Una posible aclaración de lo que es una conexión hereditaria entre el problema metabólico que causa el

aumento del peso corporal y la hipertensión. Esto está en la asociación entre la diabetes y la hipertensión. Por lo tanto, existe una asociación epidemiológica entre TA, aguante a la insulina y absorción estricta (triglicéridos séricos aumentados y colesterol lipoproteico de bajo espesor y colesterol lipoproteico de alto espesor disminuido).

✓ **Consumo de alcohol:**

La utilización de licores incrementa la tensión circulatoria. Los niveles de tensión circulatoria más sorprendentes se encuentran en individuos que devoraron al menos 6 unidades de licor por día (una unidad de licor es proporcional a 8-10 g de etanol, una gran porción de medio cuarto de cerveza, un vaso de vino o Un vaso de alcohol). La ingestión de más de 39 cc se considera como superior. Licor / día, que se reúne con 2 vasos de vino o 60 ml de whisky, ron, dos cervezas o agua ardiente.

✓ **Ingesta de sodio:**

La utilización de sal genera tensión circulatoria al identificarse con la edad. El sistema por el cual la disminución de la sal del régimen alimenticio causa la disminución de la hipertensión. No hay confirmación de que el contenido de sodio del cuerpo reemplace, este expandiendo en la hipertensión, asumiendo en cuenta que también, es marginalmente disminuido en la juventud hipertensos.

En cualquier caso, en los pacientes hipertensos de edad superior, el sodio se identifica con la hipertensión, lo que apoya la probabilidad de que el sodio en el régimen alimenticio puede agregar a la expansión del pulso visto con la edad.

Sedentarismo:

La ociosidad física ocurre en un hombre que no crea la acción física o el ejercicio constante, preferiblemente vigoroso (paseando en bicicleta, nadar o caminar) menos de 3 veces cada semana de 30-45 minutos en término. Se ha prescrito que las personas estacionarias están en mayor peligro de crear hipertensión y de esta manera sugiere 15 minutos / día.

El ejercicio físico evita disrupciones cardiovasculares, modo de vida estacionario se ha encontrado en 69% - 71,3%. La práctica disminuye la tensión circulatoria y disminuye el peso corporal. En una revisión utilizamos el estado físico como se indica por el acabado del ejercicio reservado, encontramos que un bajo nivel de fisicalidad está relacionado con un componente.

Prevención de la Hipertensión Arterial

La anticipación más dinámica para llevar a cabo una vida sólida y noble, en el compromiso de las administraciones de bienestar del nivel principal de atención, las mediaciones fueron para la acción antiactiva (donde además incorporar el adelanto del bienestar) debería poseer un lugar crítico, porque permiten el bienestar Los niveles de la población para desarrollar, para evitar que se vuelva enfermo, a un costo menor, que producen recuperación de seguro social.

La disminución de las complejidades cardiovasculares de los pacientes hipertensos se puede encontrar mediante métodos de acción contraactiva esencial, específicamente disminuyendo el evento de nuevos casos de hipertensión y por el tratamiento y control de los pacientes analizados como hipertensos. Para

descubrir ambos objetivos, tanto la población como el procedimiento individual son importantes.

Diferentes revisiones indican actividades físicas perfeccionadas, descarga de estrés, partición de propensiones destructivas, gran limpieza individual, bienestar sexual, horas dormidas, para abrazar una forma de vida según la innovación que permite al individuo vivir con calidad.

Los expertos en enfermería están a cargo de controlar el pulso en los pacientes que visitan las fundaciones de servicios humanos. Por lo tanto, deben tener una preparación satisfactoria en la estimación y control de la misma, y ser capaces de ejecutar las medidas de anticipación de la hipertensión.

El profesional de enfermería debe intervenir y aconsejar a la población:

- Observar presencia de estrés
- Verificar el peso adecuado
- Vigilar el consumo de grasas
- Monitorizar los hábitos nocivos
- Inactividad física
- Ingesta de sal

Se deben analizar las siguientes recomendaciones:

✓ **Control de peso:**

En pacientes con una masa corporal digno de mención de 27, la reducción de peso debe ser exhortada. Una reducción de incluido 5 kg puede disminuir la tensión circulatoria en personas con

sobrepeso. Para lograr la reducción de peso que debe incorporar a calorías bajas calorías contar con la acción física normal.

Actividad física:

La acción que consume oxígeno (por ejemplo, pasear 30-45 minutos a un ritmo rápido no menos de 3 veces por semana) disminuye el pulso y el peligro de hipertensión. El ejercicio isométrico (pesas) no debe ser solicitado a la luz del hecho de que puede expandir el pulso. Cada actividad debe comenzar gradualmente (tanto en tiempo como en potencia). Una evaluación restaurativa vigilante y una prueba de esfuerzo inevitable antes de iniciar un programa de actividad son fundamental en pacientes con irregularidades cardiovasculares.

✓ **Consumo moderado de sal (sodio)**

La disminución de la utilización de sal (a 4-6 g / día) actúa de forma correspondiente a la utilización de diuréticos. En Chile la utilización normal de sal es de alrededor de 12 gramos de sal / día, por lo que esta sugerencia podría ser positiva, si bien su mantenimiento a largo plazo es incompleta. Sustancias de sodio que debe mantenerse alejado de son: pan (una marraqueta contiene 1,6 g), cortes fríos, encurtidos y aceitunas, sopas o plazas 3D, conservas alimentarias (pescado, sardinas, etc.) y productos lácteos.

Debido a la formación sobre la acción contra-activa y el control de la hipertensión, estas actividades crearán conciencia abierta y además la cantidad de instructores sobre el tratamiento y la anticipación de la hipertensión. Para ser eficaz es necesario inducir al individuo y es la educación de los elementos de peligro y cómo se pueden ajustar para evitar la hipertensión.

Dentro de la evitación del experto en bienestar es destacar su intercesión en la correspondencia, el entrenamiento y la mejora de aptitudes que permiten cambios en las prácticas individuales y agregadas con el fin de contrarrestar las enfermedades cardiovasculares en una edad posterior.

Hipertensión Arterial

El número más alto se asigna tensión sistólica circulatoria y el número inferior, pulso diastólico. Por ejemplo, 120 más de 80 (compuesto como 120/80 mmHg). Es concebible que cualquiera de estos números sea demasiado altos. Una presión arterial habitual cuando es menor a 120/80 mmHg normalmente. Una presión arterial alta (hipertensión) es cuando la presión arterial es de 140/90 mmHg o mayor la mayoría de las veces. Si los valores de su presión arterial son de 120/80 o más, pero por debajo de 140/90, esto se llama pre hipertensión.

Clasificación:

Rango sistólica (mm Hg) diastólica (mm Hg)

- Optima <120 y <80
- Normal <130 y <85
- Normal—Alta 130-139 / 85-89
- Grado I 140-159 / 90-99
- Grado II 160-179 / 100-109
- Grado III 180 ó + / 110 ó +
- Hipertensión sistólica alejada 140 ó + / 90

Hipertensión arterial primaria

Según el 90-95% de los individuos hipertensos, no es realista caracterizar la razón del estrés, que se llama hipertensión básica o principal. Se ve como que está conectada a una modificación poligénica multifactorial, siendo imperativa la colaboración entre unas cuantas cualidades y del medio ambiente.

Hipertensión arterial secundaria

Un dígito establecido de respuesta de hipertensos dio a diferentes tipos de hipertensión auxiliar, donde las razones particulares de la hipertensión se puede observar. El evento de la hipertensión en los jóvenes menores de 30 años o más establecido de 50 años, la grandeza esencial o el tratamiento problemático del peso o la presencia de complejidades impecable, un activo opcional.

Evaluación inicial y seguimiento

La evaluación inicial es primordial para crear una organización correctiva junto con el paciente, una cuestión clave ya que se basará en el tratamiento y lo que se sabe que es uno de los principales conductores esenciales de los controles. Esta valoración debe estimularse a conocer al paciente en su entorno físico, personal, familiar y social, estos son componentes fundamentales para tener la capacidad de incorporar el plan de procedimiento a las situaciones y requisitos del paciente, encontrando las cualidades y carencias de Nuestro paciente. Para ello, la amplia reunión terapéutica y el examen físico serán los componentes clave.

Los objetivos más específicos de la evaluación son:

- Investigar las variables que influirán en la administración del paciente y la capacidad para unirse al tratamiento (comprensión, inspiración, debilidad, proximidad del apoyo social, activos

monetarios, etc.), véase Reunión motivacional y reunión centrada en el paciente)

- Identificar hipertensión auxiliar.
- Evaluar la cercanía de los órganos blancos dañados (corazón, retina, extremidades inferiores, riñón, cerebro)
- Especifique los componentes de peligro cardiovascular y otros elementos de peligro particulares para la edad y el sexo (ca mamario, cuello uterino, etc.).
- Reconocer los elementos terapéuticos relacionados con la administración del paciente (litiasis renal, osteoporosis, climaterio, desaliento, asma, diabetes mellitus, etc.).

Causas

Los factores que pueden afectar la presión arterial, entre ellos:

- El volumen de agua y de sal en el cuerpo.
- La verificar de los riñones, el sistema nervioso o los vasos sanguíneos
- Sus niveles hormonales.
- Es obeso.
- estresado o ansioso.
- Toma demasiado alcohol (más de un trago al día para las mujeres y más de dos para los hombres).
- consume exceso de sal.
- familiar con antecedente de hipertensión arterial.
- Tiene diabetes.
- Fuma.

La hipertensión causada por la ingesta de un medicamento se denomina hipertensión secundaria y puede deberse a:

- Estrechamiento de la arteria que suministra sangre al riñón (estenosis de la arteria renal)
- Medicamentos como las píldoras anticonceptivas, pastillas para adelgazar y medicamentos para el resfriado y para la migraña
- Embarazo o pre eclampsia
- Hiperparatiroidismo
- Trastornos de las glándulas suprarrenales (como síndrome de Cushing)
- Enfermedad renal crónica

Síntomas

En la mayoría de las personas, la hipertensión arterial se detecta cuando van al médico o se la hacen medir en otra parte. Debido a que no hay ningún síntoma, los pacientes pueden sufrir cardiopatía y enfermedades renales sin saber que tienen hipertensión arterial.

La hipertensión maligna es una forma peligrosa de presión arterial muy alta. Los síntomas comprenden:

- Dolor de cabeza fuerte
- Náuseas o vómitos
- Confusión
- Cambios en la visión
- Sangrado nasal.

Tratamiento

El propósito del tratamiento es reducir la presión arterial, de tal manera que el riesgo de complicaciones sea menor. Usted y su médico deben establecer una meta de presión arterial.

Si usted tiene pre hipertensión, el médico le aconsejara cambios en de estilo de vida para bajar la presión arterial a un rango normal.

Usted puede realizar muchas cosas para ayudar a manejar su tensión circulatoria en el hogar, por ejemplo,

- Ir a un nutricionista que puede ayudarle a organizar un régimen de alimentación saludable para usted.
- Vea proyectos para adelgazar, dejar de fumar y hacer ejercicio.
- Reducir el stress. Intente mantenerse alejado de los elementos angustiosos e intente la reflexión o el yoga para concentrarse.
- Mantener un peso corporal sano.
- Disminuir la medida de sodio (sal) que devora; Trate de gastar menos de 1.500 mg por día.
- Disminuir la medida del licor que bebes, 1 bebida al día para las damas y 2 para los hombres
- Si fuma, pare.
- Practicar con frecuencia no menos de 30 minutos de práctica de alto aeróbicos todos los días.
- Beber mucha agua
- Coma un régimen alimenticio que incorpore potasio y fibra.

Los objetivos de la presión arterial por lo general son utilizados para el tratamiento de la hipertensión arterial son:

Por debajo de 130 a 140/80 mmHg para los pacientes que tienen enfermedad cardíaca, diabetes o enfermedad renal crónica.

Por debajo de 140/90 mmHg como un objetivo general para la mayoría de la gente.

Drogas de Primera Elección:

Comience el procedimiento con un diurético (tiazidas) o b-bloqueantes en todos los pacientes si:

Hay contraindicaciones para su utilización

El paciente alude a la participación negativa previa a la utilización de drogas

Hay pruebas de que otro medicamento podría ser más útil.

Como segunda elección

En general, se debe comenzar con una medición baja y después de que la dosis continuamente ampliada cada 4-8 semanas.

En las personas que no reaccionan a la monoterapia puede cambiar el tipo de medicamento o incrementar una hipotensión de otra familia las afecciones sugeridas son: Diurético + b-bloqueante /IECA

En el caso de que no es práctico para ajustar la tensión circulatoria se puede mantener un peso adherencia al procedimiento no farmacológico y el tratamiento farmacológico relacionado con la

inclinación incluyendo operadores de diferentes familias sin embargo debe considerar a estos individuos a un profesional en la hipertensión.

Se puede considerar disminuir las mediciones y el número de medicamentos utilizados después de casi un tiempo de control de peso (diastólica <80 y sistólica muy controlada). La disminución debe ser lenta y lógicamente incrementar la recurrencia de los controles en esta fase para evaluar la posibilidad de que aumentan las cifras de peso una vez más.

Diagnóstico:

La hipertensión arterial influye de la medición de la presión arterial con una técnica apropiada, que considera los siguientes elementos:

Comprobar que el paciente haya descansado por lo menos por 5 minutos previo de la medición.

Estando el paciente sentado, con el brazo apoyado al nivel del corazón y sin haber fumado o consumido cafeína en los 30 minutos anticipado a la toma de presión, se comenzara la medición, preferentemente con un esfigmomanómetro de mercurio.

Desarrollar 2 ó más tomas de presión, separadas por 2 minutos, posteriormente, promediadas

Si las cifras de presión se encuentran sobre 139/89 mmHg, se aconseja realizar un control de presión arterial que incluye la medición en por lo menos otras 2 oportunidades, además de la toma inicial. Luego se deben promediar las cifras y así permitir identificar al paciente en una de las etapas de la hipertensión, lo que implica

conductas diferentes a seguir. La primera vez se realiza la medición en ambos brazos luego sólo en el brazo con cifras mayores.

Exámenes de laboratorio

Tener en cuenta que el objetivo es evaluar

- Test de esfuerzo si queremos valorar la respuesta presora al esfuerzo, cuando estamos frente a posible hipertensión lábil o para descartar patología coronaria.
- Contar con Clearance de creatinina, sodio y proteinuria en orina de 24 horas, eficiencia de renina plasmática y aldosterona, GGT, ácido urico, ecocardiograma.
- Hemograma: permite evaluar la presencia de anemia, policitemia (apnea del sueño) etc.).
- Electrocardiograma.
- Colesterol total (HDL y LDL, triglicéridos.)
- Glicemia en ayunas.
- Potasio y sodio plasmático.
- Orina completa
- Creatinina

En esta estimación subyacente se creará en la fase de hipertensión, la repercusión por parénquima y se realizará una estimación de riesgo cardiovascular. Con el fin de alentar el liderazgo básico en relación con la administración. Los elementos de riesgo considerados incluyen fumar, diabetes mellitus, dislipidemia, más de 60 (hombres y mujeres posmenopáusicas), antecedentes familiares de infección cardiovascular (<55 para los hombres o> 65 para las mujeres).

Adulto mayor

Corresponden al grupo etario que comprende personas que tienen más de 60 años de edad. Se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad.

El envejecimiento es un proceso lento, endógeno, intrínseco, progresivo e irreversible, que reúne características muy representativas. Producido por cambios bioquímicos que alteran la fisiología del organismo, ocasionando disminuir las capacidades del individuo para adaptarse a estos cambios con el entorno en el que se desenvuelve.

Los cambios fisiológicos se producen a nivel de todos los órganos y sistemas expresándose en:

- Deterioro del aspecto físico manifiesta a través de los cambios en el pelo, las uñas, la distribución de la grasa y la masa muscular.
- Deterioro cognitivo con afectación de: la atención, percepción, memoria, inteligencia, capacidad de análisis, síntesis y juicio crítico, que reduce la iniciativa y la creatividad del individuo.
- Deterioro del resto de los órganos internos con déficit de su funcionamiento y la aparición de diferentes enfermedades que ocasionan limitaciones, sufrimiento y que pudieran evolucionar a la muerte.

En el ambiente socio-familiar del individuo se concibe una serie de cambios y pérdidas con repercusión afectiva, entre las que tenemos:

- De rol, condición, poder adquisitivo (en el que la jubilación juega un importante papel).
- Los hijos forman su familia, emigran.
- Muerte de familiares, amigos y en ocasiones la pareja.

Esta circunstancia hace que los pacientes ancianos regularmente considerados como un obstáculo para sus familias, por lo que un tema en el público en general es la renuncia. Otra alternativa que se toma con frecuencia se basa en los hogares de ancianos que se preparan a su cuidado (sin importar, en la actualidad hay refugios o asilos de ancianos).

Como vemos, es una reunión de individuos oprimidos, a la luz del hecho de que trágicamente consideran como discapacitados o debilitados, los aniquilados o esencialmente los viejos que no pueden satisfacer las empresas más fundamentales.

TEORIA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Dorothea Orem (1914-2007) es una enfermera que destaca que ningún autor en particular ha influenciado su modelo, pero manifiesta haberse sentido inspirada por varias teorizadoras de la enfermería. Ha descrito la teoría usual del autocuidado. Dicha teoría consta de tres teorías relacionadas: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería.

El rol de la enfermera, pues, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir ser responsable de su auto cuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que influya en el desarrollo de la persona y enseñar, para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona.

La persona funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de influir y de llevar a cabo auto cuidado que son de tres tipos: los autos cuidados universales, los autos cuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados ligados a desviaciones de salud.

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Factores Predisponentes: La probabilidad de sufrir alguna enfermedad y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la enfermedad.

Prevención Hipertensión Arterial: Conjunto de acciones dirigidas a tener estilos de vida saludables y la reducción de las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión arterial.

Adulto Mayor: comprende personas que tienen más de 60 años de edad. Por lo habitual, se considera a los adultos mayores, sólo por

haber alcanzada este rango de edad, se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS GLOBAL

Los componentes de inclinación están disponibles y la acción contra-activa de la hipertensión en pacientes adultos es insuficiente.

3:2. HIPÓTESIS DERIVADAS

HD1: Los factores predisponentes en adultos mayores están presentes.

HD2: La prevención de hipertensión arterial en adultos mayores es inadecuada.

3:3. VARIABLES:

Variable 1: Factores predisponentes

Variables 2: Prevención de hipertensión arterial

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. TIPOS DE INVESTIGACIÓN:

La investigación según su alcance es descriptivo, se muestran las variables como se han observado en la realidad durante la recolección de los datos; el diseño es no experimental, porque no se manipulan intencionalmente las variables de estudio; según el interino de acontecimiento de las realidades es transversal, porque los datos se recolectaron haciendo un corte en el tiempo, tal como se presentan en la realidad; fue de enfoque cuantitativo, por lo que la información obtenida se presentó en tablas y gráficos haciendo uso de la estadística descriptiva expresándolos en términos numéricos, frecuencias y porcentajes.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población que acude al Centro de Salud de Pueblo Nuevo es de 80 pacientes mayores

Muestra será de 30 adultos mayores que serán tomados en cuenta para la prueba piloto.

4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizó una revisión y la herramienta utilizado para la encuesta.

Las herramientas s de recopilación de información ya estaban sometidos a un control de calidad, a través de la comprensión de la conclusión de los especialistas, y más tarde su calidad inquebrantable se mostró a través de Alfa de Cronbach.

4.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos del trabajo de investigación se realizara el trámite administrativo, antes de la aplicación del cuestionario se contó con la autorización del Director del centro de salud de pueblo nuevo de Ica, después de haberse planteado los objetivos y beneficios del estudio correspondiente se procedió a la aplicación del instrumento de recolección de datos . Se respetó los principios éticos considerando el respecto, privacidad, confidencialidad, la beneficencia y libre voluntad del investigado de responder la encuesta.

Los datos fueron registrados de manera anónima y sólo para fines de la investigación. El proceso de recolección de información se realizó durante el mes de junio del 2016.

4.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Una vez recolectados los datos se vaciaron manualmente en la tabla matriz a fin de presentar los resultados en gráficos y tablas estadísticas. El procesamiento se realizó en forma manual y electrónica. Manualmente se ordenó y codifico los ítems de acuerdo a su valor predictivo, se realizó el paloteo y la cuantificación respectiva. Se realizó la elaboración del libro o tablas de códigos y la tabla matriz. El procesamiento de datos se realizó mediante el programa Excel haciendo uso del promedio aritmético. El análisis de los resultados se realizó teniendo en cuenta la estadística descriptiva según los objetivos de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Hipertensión arterial en el mundo:
[lhttp://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=kZd0VNaXGI7BqAXe64DwCw#q=hipertension+arterial+segun+oms](http://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=kZd0VNaXGI7BqAXe64DwCw#q=hipertension+arterial+segun+oms)¹
- 2) La hipertensión arterial en Latinoamérica:
http://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=kZd0VNaXGI7BqAXe64DwCw#q=hipertension+arterial+en+latinoamerica²
- 3) Hipertensión arterial según la OPS Disponible en web:
http://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=kZd0VNaXGI7BqAXe64DwCw#q=hipertension+arterial+segun+ops.³
- 4) Hipertensión arterial según el Minsa Disponible en web:
http://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=kZd0VNaXGI7BqAXe64DwCw#q=hipertension+arterial+a+minsa&spell=⁴
- 5) Hipertensión arterial en Ica:
http://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=kZd0VNaXGI7BqAXe64DwCw#q=hipertension+arterial+en+ica⁵
- 6) Martínez M, Gómez realizo un estudio: Correspondencia existente entre las variables: dieta, ejercicio, disminución de peso y autoestima en la disminución significativa de la hipertensión arterial mexico 2012, Disponible en web: <http://www.monografias.com/trabajos24/profesional-enfermeria/profesional-enfermeria.shtml#ixzz3FhSCln00>⁶
- 7) Garealdat M. realizó un estudio con la finalidad de determinar la prevalencia de los Factores de riesgo cardiovascular en una población española de hipertensos esenciales ecuador, 2012, Disponible en web: http://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=KKB0VNLEMava8gf6-

oH4CQ#q=PREVALENCIA+DE+LOS+FACTORES+DE+RIESGO+CARDIOVASCULAR+EN+UNA+POBLACION+ESPAOLA+DE+HIPERTENSOS+ESENCIALES+ECUADOR.⁷

- 8) Gandica, matos, fragachán y rodríguez, quienes realizaron una investigación titulada la representación social del cuerpo y de la hipertensión arterial en los empleados de pdvsa colombia,2013, disponible en web:
http://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=xibyvoyqh-3gsafq1ididq#q=tesis+de+prevencion+de+hipertension⁸
- 9) Maguiña k. realizo un estudio factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que asisten al servicio de triaje del centro de salud del callao 2013,disponible en web:
- 10) Tinageros J.Realizo el estudio de La incidencia de Hipertensión Arterial, en la población económicamente activa (PEA) de Ica 2010,Disponible en web:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v26_n1/hipert_arteria_l.htm.¹⁰
- 11) Factores Determinantes ,Disponible en web:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi19499.htm.¹¹
- 12) Factores modificables, Disponible en web:
http://www.guiasalud.es/egpc/ictus/completa/apartado06/prevencion_primaria_3.html.¹²
- 13) Factores No Modificables, Disponible en web:
http://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=KKB0VNLEMava8gf6-oH4CQ#q=factores+no+modificables.¹³

- 14) Prevención de Hipertensión Arterial, Disponible en web:
http://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=KKB0VNLEMava8gf6-oH4CQ#q=prevencion+de+hipertension+arterial.¹⁴
- 15) Hipertensión arterial, Disponible en web:
http://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=KKB0VNLEMava8gf6-oH4CQ#q=hipertension+arterial.¹⁵
- 16) Clasificación de la Hipertensión, Disponible en web:
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1907>.¹⁶
- 17) Evaluación inicial de Hipertensión arterial, Disponible en web:
<http://tratado.uninet.edu/c011605.html>.¹⁷
- 18)Objetivos Disponible en web:
http://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=KKB0VNLEMava8gf6-oH4CQ#q=hipertension+arterial.¹⁸
- 19)Causas, Síntomas ,Disponible ene web:
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial>.¹⁹
- 20)Adulto mayor, Disponible ene web: <http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/hbp/diagnosis.html>.²¹
- 21)Teoría del Autocuidado, Disponible en web:
<http://laestenosisaortica.wordpress.com/teorias-de-dorotea-orem-autocuidado/>.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Botey P, Tovellas R, Hipertensión Arterial. Barcelona 1992.pag: 49-59
- 2) Kaplan N. Manejo de la Hipertensión. 5ª. edición, México: EMIS 1994.pag:60-89
- 3) Cáceres V, Alberca L, Colchado J. 1995 Prevalencia De Hipertensión Arterial pag:44-50
- 4) Luján K. 2011 Factores modificables y práctica de actividad física en hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial del hospital Antonio Pisco, setiembre 2011
- 5) Rodríguez J.2012 Nivel de información sobre medidas preventivas de la hipertensión arterial y presencia de sus factores predisponentes en pobladores adultos del centro poblado Manrique -Pisco, Noviembre 2011

ANEXOS

				✓ Herencia
--	--	--	--	------------

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Prevención	Conjunto de acciones dirigidas a tener estilos de vida saludables y la reducción de las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión arterial, a través de sesiones educativas.	La prevención desempeña un papel muy importante para evitar una serie de enfermedades; una de ella es la Hipertensión Arterial, se valorara si el adulto mayor pone en práctica las acciones y se obtendrán los resultados: ✓ Adecuado ✓ Inadecuado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de peso ✓ Actividades físicas ✓ Tipo de dieta 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control semanal ✓ Control mensual ✓ Ejercicio físico ✓ Tipo de ejercicio ✓ Consumo de sal

				✓ Consumo de frutas y verduras
--	--	--	--	--------------------------------------

ANEXO N°2



CUESTIONARIO

Tenga Ud. muy buenos días, mi nombre es Yarasca Escalante Thalia, soy estudiante de Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Privada autónoma d de Ica, estoy realizando un trabajo de investigación para determinar los **FACTORES PREDISONENTES Y PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO NUEVO**

.A la vez le solicito su participación que será de suma importancia para la investigación.

I.-INDICACIONES: A continuación se le presenta una serie de preguntas las cuales deberá responder, marcando con una (x) la respuesta que considere correcta.

II.- DATOS GENERALES:

1) Sexo:

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

2) Edad:

- c. 60-65 ()
- d. 66-70 ()
- e. 71-75 ()
- f. 76 a más ()

3) Estado Civil:

- a. Soltero(a) ()
- b. Casado(a) ()
- c. Viudo(a) ()
- d. Conviviente ()

4) Grado de instrucción:

- a. Primaria ()
- b. Secundaria ()
- c. Superior tecnológico ()
- d. Superior universitario ()

ITEMS	SI	NO	AVECES
DIMENSIÓN FACTORES MODIFICABLES			
1.- ¿Usted fuma cigarros?			
2.- ¿Usted acostumbra comer frituras como: hamburguesas, salchipapas, etc.?			
3.- ¿Usted lleva un adecuado control de peso?			
4.- ¿Usted acostumbra consumir alguna bebida alcohólica continuamente?			
5.- ¿Usted realiza algún tipo de ejercicio durante el día?			
6 ¿Ud. lleva un régimen de comida balanceada?			

DIMENSIÓN FACTORES NO MODIFICABLES			
7.- ¿Ud. es de origen mestizo?			
8.- ¿Algún familiar sufre de Hipertensión Arterial?			
9. ¿Lleva ud. un control de presión arterial?			
ITEMS	SI	NO	AVECES
DIMENSIÓN CONTROL DE PESO			
10.- ¿Usted se controla su peso alguna vez durante la semana?			
11.- ¿Usted controla su peso normalmente?			
12. ¿Tiene o ha tenido sobrepeso?			
DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA			
13. ¿Usted realiza algún tipo de ejercicio?			
14.- ¿Realiza caminatas?			
15 ¿Ud. realiza un rol de ejercicios?			
DIMENSIÓN TIPO DE DIETA			
16.- ¿Usted consume alimentos con sal?			

17.- ¿Ud. incluye verduras en su almuerzo?			
18 ¿Come pollo en la cena?			
19 ¿Come salchipapas o broaster?			
DIMENSIÓN CONTROL PERIÓDICO			
20 ¿Acude a un control anual con el médico especialista en hipertensión arterial?			
21 ¿Realiza un control de su peso periódicamente?			

ANEXO N°3

PRUEBA BINOMIAL

 criterios	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO 5	EXPERTO 6	P
1	1	1	0	1	1	1	0,109
2	1	1	1	1	1	1	0.010
3	1	1	1	1	1	1	0.010
4	1	1	0	1	1	1	0,109
5	1	1	1	1	1	1	0.010
6	1	1	1	1	1	1	0,010
7	1	1	1	1	1	1	0.010
						Σ P	0,268

Se considera:

0= Si la respuesta es negativa

1= Si la respuesta es positiva

N= Número de jueces

$$P = \frac{\sum P}{\text{N}^\circ \text{ de Ítems}}$$

$$P = \frac{0,268}{7}$$

$$P = 0,03$$

Si $P \leq 0,05$, el grado de concordancia es significativo y el instrumento es valido

ANEXO 04

TABLA DE CÓDIGOS

DATOS GENERALES DEL CUESTIONARIO

PREGUNTA	ALTERNATIVAS	CODIGO
SEXO	Masculino	1
	Femenino	2
EDAD	60-65	1
	66-70	2
	71-75	3
	76 a mas	4
ESTADO CIVIL	Soltero (a)	1
	Casado(a)	2
	Viudo(a)	3
	Conviviente	4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	1
	Secundaria	2
	Superior tecnológico	3
	Superior universitario	4

TABLA DE CÓDIGOS

DATOS ESPECIFICOS DEL CUESTIONARIO

FACTORES PREDISPONENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

FACTORES PREDISPONENTES	NÚMERO DE ÍTEMS	SI	AVECES	NO
DIMENSIÓN FACTORES MODIFICABLES	1	3	2	1
	2	3	2	1
	3	3	2	1
	4	3	2	1
	5	3	2	1
	6	3	2	1
DIMENSIÓN FACTORES NO MODIFICABLES	7	3	2	1
	8	3	2	1
	9	3	2	1

TABLA DE CÓDIGOS

DATOS ESPECIFICOS DEL CUESTIONARIO

PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NÚMERO DE ÍTEMS	SI	AVECES	NO
DIMENSIÓN CONTROL DE PESO	1	3	2	1
	2	3	2	1
	3	3	2	1
DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA	4	3	2	1
	5	3	2	1
	6	3	2	1
DIMENSIÓN TIPO DE DIETA	7	3	2	1
	8	3	2	1
	9	3	2	1
	10	3	2	1
DIMENSIÓN CONTROL PERIÓDICO	11	3	2	1
	12	3	2	1

ANEXO 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CUESTIONARIO CON ESCALA DE LICKERT

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach (α)

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum s^2_i}{s^2_t} \right]$$

Donde:

$\sum s^2_i$ = Sumatoria de las varianzas de cada ítem

s^2_t = Varianza de los puntajes totales

k = Número de ítems del instrumento (válidos)

Se logró los siguientes resultados estadísticos de confiabilidad:

N° de elementos	Alfa de Cronbach	Categoría
12- PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0,7	Aceptable

Para que exista Confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO 6
MEDICIÓN DE LA VARIABLE- ESCALA DE STANONES
PARA LA VARIABLE MEDIDAS PREVENTIVAS

Es el coeficiente que permitirá conocer los intervalos por puntajes alcanzados en la primera variable.

- 1.- Se calculó la Media $\bar{X} = 24.3$
- 2.- Se calculó la Desviación Estándar $DS = \sqrt{ST^2} = 4.71$
- 3.- Se estableció valores para a y b

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$a = 24.3 - (0.75 \times 4.71)$$

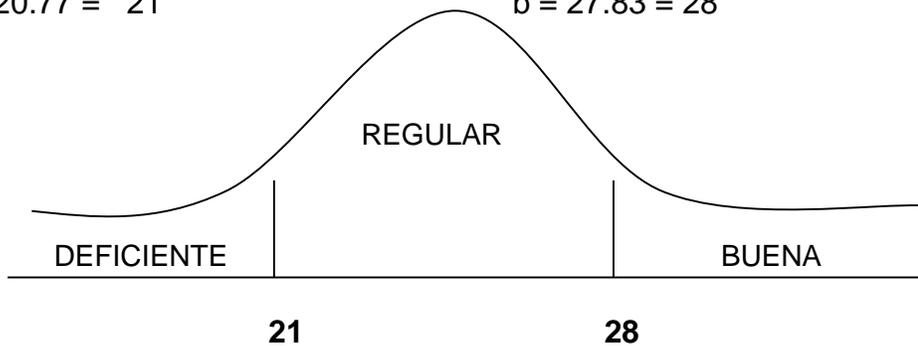
$$b = 24.3 + (0.75 \times 4.71)$$

$$a = 24.3 - 3.53$$

$$b = 24.3 + 3.53$$

$$a = 20.77 = 21$$

$$b = 27.83 = 28$$



CATEGORÍAS:

INTERVALO

Buena

> 28

Regular

De 21 – 28

Deficiente

≤ 20

ANEXO ° 7

TABLA N°2

FACTORES PREDISPONENTES MODIFICABLES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES MAYORES QUE ACUDEN AL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO NUEVO

DIMENSION FACTORES MODIFICABLES		FRECUENCIA	%
1.- ¿Usted fuma cigarros?	Si	19	63.33%
	AVECES	6	20.00%
	NO	5	16.67%
2.- ¿Usted acostumbra comer frituras como: hamburguesas, salchipapas, etc.?	Si	11	36.67%
	AVECES	8	26.67%
	NO	11	36.67%
3.- ¿Usted lleva un adecuado control de peso?	Si	8	26.67%
	AVECES	6	20.00%
	NO	16	53.33%
4.-¿Usted acostumbra consumir alguna bebida alcohólica continuamente?	Si	18	60.00%
	AVECES	7	23.33%
	NO	5	16.67%
5.- ¿Usted realiza algún tipo de ejercicio durante el día?	Si	7	23.33%
	AVECES	7	23.33%
	NO	16	53.33%
6 ¿Ud. lleva un régimen de comida balanceada?	Si	11	36.67%
	AVECES	4	13.33%
	NO	15	50.00%
TOTAL		30	100%

TABLA N°3

FACTORES PREDISPONENTES NO MODIFICABLES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PUEBLO NUEVO

DIMENSION FACTORES NO MODIFICABLES		FRECUENCIA	%
7.- ¿Ud. es de origen mestizo?	Si	23	76.67%
	AVECES	6	20.00%
	NO	1	3.33%
8.- ¿Algún familiar sufre de Hipertensión Arterial?	Si	13	43.33%
	AVECES	14	46.67%
	NO	3	10.00%
9. ¿Lleva ud. un control de presión arterial?	Si	17	56.67%
	AVECES	10	33.33%
	NO	3	10.00%
TOTAL		30	100%

TABLA N°4

**FACTORES PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
DIMENSIÓN CONTROL DE PESO EN PACIENTES MAYORES
QUE ACUDEN AL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
DE PUEBLO NUEVO**

	FRECUENCIA	%
SI	4	13.33%
AVECES	16	53.33%
NO	10	33.33%
TOTAL	30	100.00%

DIAGRAMA N°1

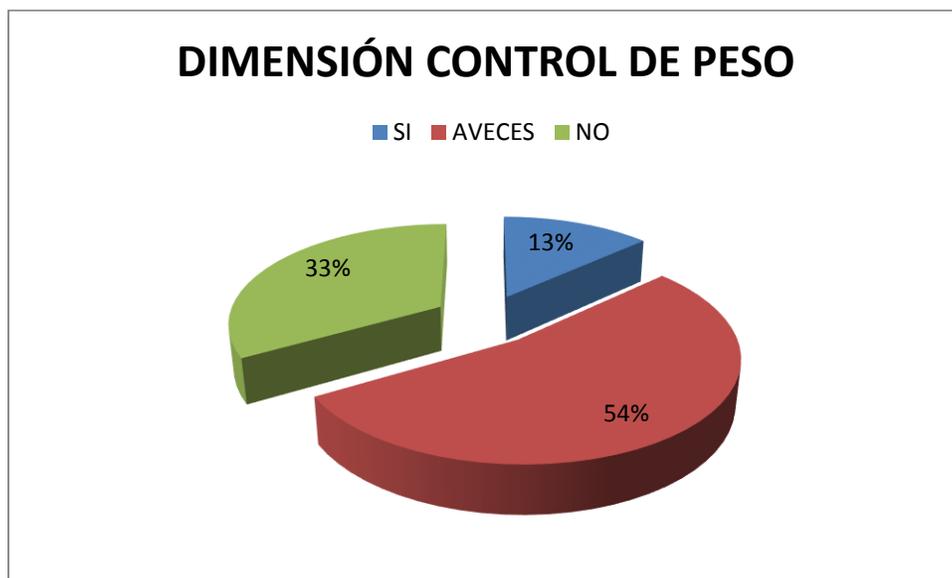


TABLA N°5

**FACTORES PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES MAYORES
QUE ACUDEN AL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
DE PUEBLO NUEVO**

	FRECUENCIA	%
SI	5	17%
AVECES	15	50%
NO	10	33%
TOTAL	30	100.00%

DIAGRAMA N°2

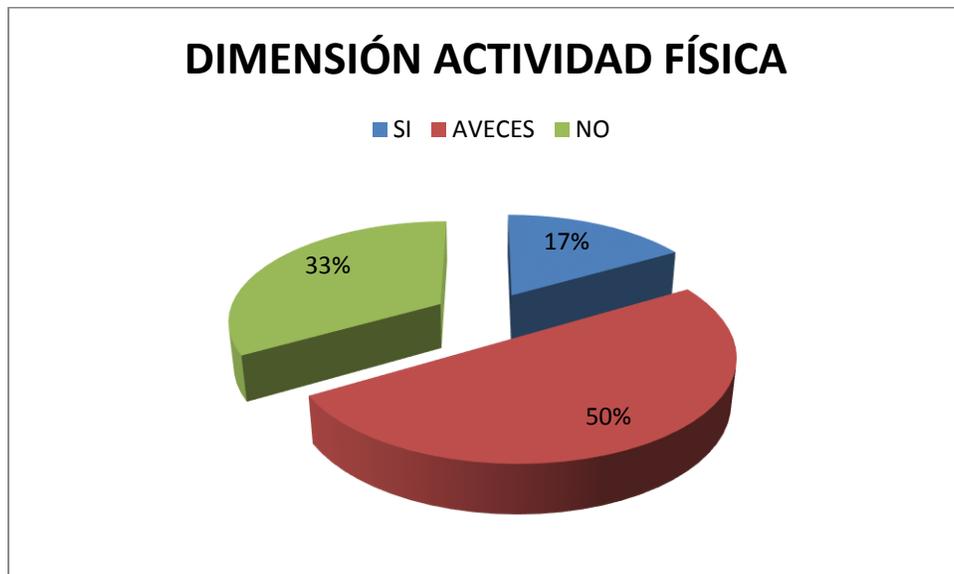


TABLA N°6

**FACTORES PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
DIMENSIÓN TIPO DE DIETA EN PACIENTES MAYORES
QUE ACUDEN AL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
DE PUEBLO NUEVO**

	FRECUENCIA	%
SI	9	30%
AVECES	14	47%
NO	7	23%
TOTAL	30	100.00%

DIAGRAMA N°3

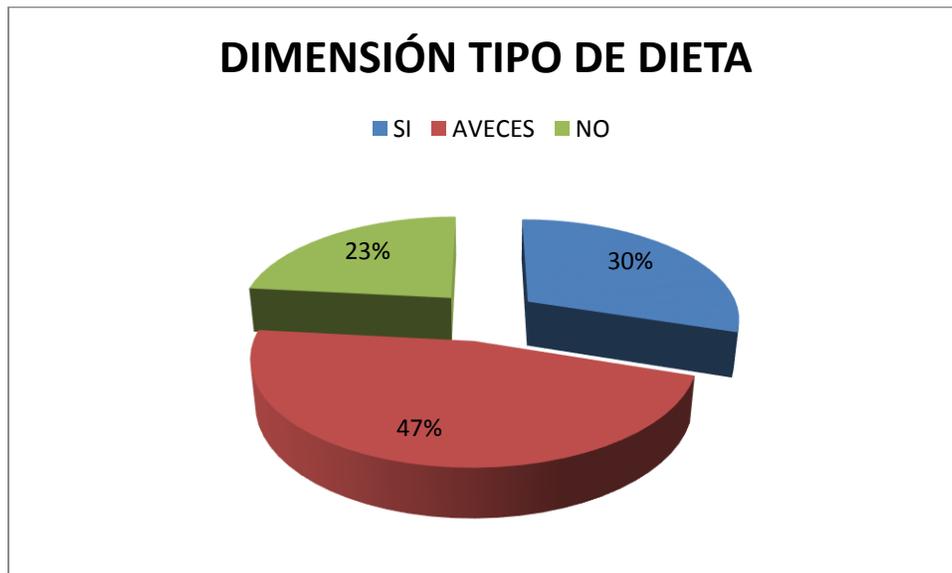
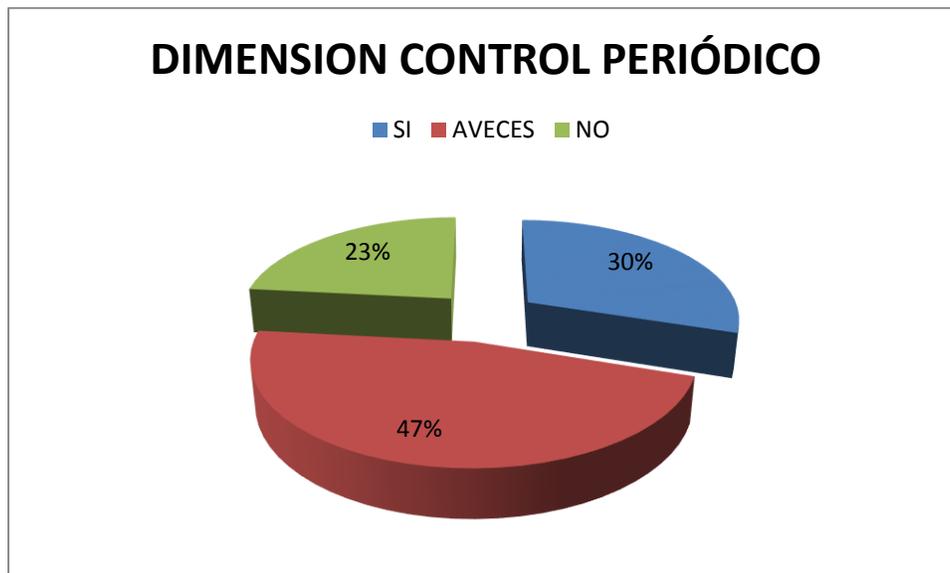


TABLA N°6

**FACTORES PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
DIMENSIÓN CONTROL PERIODICO EN PACIENTES MAYORES
QUE ACUDEN AL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
DE PUEBLO NUEVO**

	FRECUENCIA	%
SI	9	30%
AVECES	14	47%
NO	7	23%
TOTAL	30	100.00%

DIAGRAMA N°4



ANEXO 8
TABLA MATRIZ

Encuestados	VARIABLE FACTORES PREDISONENTES																
	DATOS GENERALES					DIMENSIÓN FACTORES MODIFICABLES							DIMENSIÓN FACTORES NO MODIFICABLES				TOTAL
	1	2	3	4	ST	2	2	3	4	5	6	ST	7	8	9	ST	
1	1	1	2	2	6	2	2	2	2	2	2	12	2	2	2	6	24
2	2	1	2	3	8	2	1	2	1	2	1	9	2	2	2	6	23
3	2	1	2	3	8	3	2	2	3	2	1	13	3	2	2	7	28
4	2	2	2	3	9	3	1	3	2	3	3	15	3	1	2	6	30
5	2	2	4	3	11	3	3	1	2	1	2	12	3	2	3	8	31
6	2	1	1	3	7	1	2	1	1	1	1	7	2	1	2	5	19
7	1	1	2	2	6	1	1	1	1	1	1	6	1	2	2	5	17
8	1	1	2	3	7	3	2	1	1	1	1	9	3	1	3	7	23
9	1	2	4	3	10	3	3	3	3	3	3	18	2	3	2	7	35
10	1	1	1	2	5	1	1	1	3	1	1	8	3	3	2	8	21
11	2	2	2	3	9	2	2	1	3	1	1	10	3	2	3	8	27
12	2	2	3	1	8	2	1	1	3	1	1	9	2	3	3	8	25
13	2	1	2	2	7	3	3	2	1	2	2	13	3	3	3	9	29
14	1	2	1	2	6	3	1	1	3	1	1	10	3	2	2	7	23
15	1	2	2	2	7	2	2	1	3	3	1	12	3	3	3	9	28
16	1	1	1	2	5	3	1	1	3	1	3	12	3	3	3	9	26
17	2	1	1	2	6	3	1	1	2	1	1	9	3	3	3	9	24
18	2	2	2	2	8	3	1	1	3	1	3	12	3	3	3	9	29
19	2	2	4	3	11	1	3	3	3	3	3	16	2	2	3	7	34

20	1	1	2	2	6	3	1	1	3	1	1	10	3	2	3	8	24
21	2	1	3	2	8	3	3	1	3	1	3	14	3	3	3	9	31
22	1	2	2	2	7	3	1	1	2	1	1	9	3	3	3	9	25
23	2	2	2	2	8	3	2	2	3	1	1	12	3	2	1	6	26
24	1	2	4	2	9	1	2	1	2	1	1	8	3	3	2	8	25
25	2	1	1	2	6	3	3	3	2	2	3	16	3	2	3	8	30
26	1	2	2	3	8	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	9	35
27	2	1	2	3	8	3	3	3	3	2	2	16	3	2	1	6	30
28	2	2	2	2	8	2	3	2	3	2	3	15	3	3	1	7	30
29	2	1	2	2	7	3	3	3	3	3	3	18	3	2	3	8	33
30	1	1	1	3	6	3	3	3	3	3	3	18	3	2	3	8	32
					2.4							12.6				1.5678 16	20.8

ENCUESTADO	VARIABLE PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL																
	DIMENSIÓN CONTROL DE PESO				DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA				DIMENSIÓN TIPO DE DIETA					DIMENSION CONTROL PERIODICO			Total
	1	1	1	ST	3	1	1	ST	3	1	1	1	ST	1	1	ST	
1	1	3	3	7	2	1	1	4	2	1	1	1	5	1	1	2	18
2	1	2	2	5	1	2	1	4	1	2	1	2	6	1	2	3	18
3	1	1	1	3	2	2	1	5	2	2	1	2	7	1	2	3	18
4	2	2	1	5	3	3	2	8	3	3	2	3	11	2	3	5	29
5	2	2	2	6	4	3	2	9	4	3	2	3	12	2	3	5	32
6	3	2	1	6	2	2	2	6	2	2	2	2	8	2	2	4	24
7	2	2	2	6	1	3	1	5	1	3	1	3	8	1	3	4	23
8	3	3	1	7	1	2	2	5	1	2	2	2	7	2	2	4	23
9	2	2	1	5	1	2	3	6	1	2	3	2	8	3	2	5	24
10	2	2	1	5	1	3	2	6	1	3	2	3	9	2	3	5	25
11	2	2	3	7	2	2	1	5	2	2	1	2	7	1	2	3	22
12	2	2	3	7	2	3	2	7	2	3	2	3	10	2	3	5	29
13	2	2	3	7	2	3	3	8	2	3	3	3	11	3	3	6	32
14	2	2	3	7	2	3	2	7	2	3	2	3	10	2	3	5	29
15	1	1	1	3	2	2	1	5	2	2	1	2	7	1	2	3	18
16	1	2	1	4	3	3	2	8	3	3	2	3	11	2	3	5	28
17	1	2	1	4	1	3	3	7	1	3	3	3	10	3	3	6	27
18	1	2	2	5	2	2	2	6	2	2	2	2	8	2	2	4	23

19	1	2	2	5	1	3	1	5	1	3	1	3	8	1	3	4	22
20	1	1	2	4	1	2	2	5	1	2	2	2	7	2	2	4	20
21	1	2	2	5	1	1	3	5	1	1	3	1	6	3	1	4	20
22	2	2	1	5	2	1	2	5	2	1	2	1	6	2	1	3	19
23	2	2	1	5	3	1	2	6	3	1	2	1	7	2	1	3	21
24	2	3	1	6	2	1	2	5	2	1	2	1	6	2	1	3	20
25	3	1	1	5	2	2	1	5	2	2	1	2	7	1	2	3	20
26	2	2	1	5	2	2	1	5	2	2	1	2	7	1	2	3	20
27	2	2	1	5	2	2	1	5	2	2	1	2	7	1	2	3	20
28	3	2	1	6	3	2	2	7	3	2	2	2	9	2	2	4	26
29	2	3	3	8	3	3	3	9	3	3	3	3	12	3	3	6	35
30	2	2	2	6	2	3	2	7	2	3	2	3	10	2	3	5	28
				1.5				1.93					3.77			1.17	22.5

PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO 5	EXPERTO 6	P
1	1	1	0	1	1	1	0,109
2	1	1	1	1	1	1	0.010
3	1	1	1	1	1	1	0.010
4	1	1	0	1	1	1	0,109
5	1	1	1	1	1	1	0.010
6	1	1	1	1	1	1	0,010
7	1	1	1	1	1	1	0.010
						ΣP	0,268

Se considera:

0= Si la respuesta es negativa

1= Si la respuesta es positiva

N= Numero de jueces

$$P = \frac{\sum P}{N^{\circ} \text{ de Items}}$$

$$P = \frac{0,268}{7}$$

$$P = 0,03$$

Si $P \leq 0,05$, el grado de concordancia es significativo y el instrumento es valido

CONCLUSIONES

- ✓ Factores predisponentes de hipertensión arterial con menor valor porcentual predominante es regular y la prevención de hipertensión arterial es negativa en pacientes que acuden al centro de salud de pueblo nuevo Ica junio 2016. Por lo que se acepta la Hipótesis Global.
- ✓ Factores predisponentes de hipertensión arterial con menor valor porcentual predominante es regular en pacientes mayores que acuden al centro de salud de pueblo nuevo Ica Junio 2016 Por lo que se acepta la hipótesis derivada 1.
- ✓ La prevención de hipertensión arterial con mayor valor porcentual predominante es negativo en pacientes mayores que acuden al centro de salud de pueblo nuevo Ica Junio 2016. Por lo que se acepta la hipótesis derivada 2.

RECOMENDACIONES

- ✓ Los resultados del estudio muestran que los factores predominantes son dados de manera regular a los pacientes mayores en las diferentes actividades diarias.
- ✓ Pues debido a la falta de conciencia tanto en los familiares sobre su estilo de vida en los adultos mayores que no están presentando que afectan de manera compleja sus funciones y la verdadera gravedad de la enfermedad sobre la hipertensión arterial.
- ✓ Se recomendaría a la familia mostrar mayor dedicación, alimentación, comunicación a los pacientes mayores que viven en casa y darse cuenta que están necesitando de un cambio de estilo de vida ya sea físico, emocional, económico y social para continuar enfrentando los días de la vida por tanto tener preocupación en los factores predisponentes y prevención de hipertensión arterial.