



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁZQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES
DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI,
HUANCANÉ 2025**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. CRISTHIAN EDUARDO CHOQUE PAUCARA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MÉDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES
DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI,
HUANCANÉ 2025**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. CRISTHIAN EDUARDO CHOQUE PAUCARA

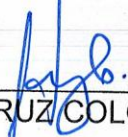
**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE : 
Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

PRIMER MIEMBRO : 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

SEGUNDO MIEMBRO : 
Dra. SONIA BÉNITA FERNANDEZ TAPIA

ASESOR DE TESIS : 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

LINEA DE INVESTIGACIÓN: MEDICINA HUMANA P09



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 959 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 21 de octubre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 9195 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI, HUANCANÉ 2025**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller: **CHOQUE PAUCARA CRISTHIAN EDUARDO** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * Presidente : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * 1er. Miembro : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * 2do. Miembro : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * Asesor (a) : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : MIERCOLES 22 DE OCTUBRE DEL 2025
HORA : 14:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
 - Jurados (3)
 - Interesado (1)
 - Asesor de Tesis (1)
 - Archivo FCS 2025(1)

RESOLUCIÓN N° 034-2025-UI-FCS-UANCV-J

Juliaca, 28 de agosto del 2025

Visto: el Expediente N° 4018-CU-2025 del 03 de junio del 2025, Presentado Por el Bach. CHOQUE PAUCARA CRISTHIAN EDUARDO, quien solicita Revisión de Informe Final de la Investigación (Borrador de Tesis) titulado: **MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI, HUANCANÉ 2025**, por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de **MEDICINA HUMANA**

CONSIDERANDO:

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

* Presidente	:	Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
* 1er. Miembro	:	Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
* 2do. Miembro	:	Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Asesor	:	Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Estando, la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; asimismo fue aprobado para su ejecución de informe final con RESOLUCIÓN N° 171-2025-D-FCS-UANCV-J, conducente para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN para la REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN, del tema **MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI, HUANCANÉ 2025**, presentado por el (la) Bach. CHOQUE PAUCARA CRISTHIAN EDUARDO, para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO: RATIFICAR como ASESOR(a) a la: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la Facultad de ciencias de la Salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

DISTRIBUCIÓN:

- Interesados (1)
- Archivo (1)



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN
Dra. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



RESOLUCIÓN DECANAL N° 171 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 11 de abril del 2025

VISTOS:

El Informe N° 0112025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 11 de abril de la E.P. de Medicina Humana folio 000060;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **CHOQUE PAUCARA CRISTHIAN EDUARDO** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI, HUANCANÉ 2025** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 583-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación del proyecto de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **CHOQUE PAUCARA CRISTHIAN EDUARDO**, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI, HUANCANÉ 2025**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO - RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

ARTICULO TERCERO - DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA
“NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ”

Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP: Medicina Humana Secretaria Académica, Archivo.



20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 15% Fuentes de Internet
- 7% Publicaciones
- 18% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos Complementarios

<p>MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI, HUANCANÉ 2025</p>	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	CRISTHIAN EDUARDO CHOQUE PAUCARA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70111005
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0006-9932-2414
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921



Datos de investigación	
Línea de investigación	Medicina Humana – P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Centro de salud de Pusi Huancané País: Perú Departamento: Puno Provincia: Huancané Distrito: Huancané Latitud: -15.4411859 Longitud: -69.92845635 https://maps.app.goo.gl/8U6PtLjiDQQVBski6
Año o rango de años en que se realizó la investigación	abril 2025 – octubre 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Sistema cardiaco, Sistema cardiovascular https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.04 Medicina general, Medicina interna https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.27



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Figuerola

Dra. María Concepción Figuerola Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo CRISTHIAN EDUARDO CHOQUE PAUCARA, identificado con DNI 70111005 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**
- Programa de Segunda Especialidad,**
- Programa de Maestría o Doctorado**

CIENCIAS DE LA SALUD

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI, HUANCANÉ 2025

Asesorado por: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Es un tema original.


Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 6 de NOVIEMBRE del 2025


Firma del Asesor (obligatoria)


Firma del Estudiante (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación con sincera gratitud a quienes han sido mi mayor apoyo en este camino. A mis padres, por inculcarme los valores del esfuerzo, la responsabilidad y la perseverancia. Su ejemplo y respaldo han sido fundamentales en mi formación personal y profesional. A mi esposa, por su constante apoyo, comprensión y fortaleza. Su compañía ha sido esencial en cada paso de este proceso. A mi hija, cuya alegría e inocencia me inspiran día a día a seguir adelante y a dar siempre lo mejor de mí. Que este logro sea un testimonio del valor del compromiso y la dedicación.

A todos ustedes, gracias por ser parte de este logro. Sin su presencia, este camino habría sido mucho más difícil.



AGRADECIMIENTO

A los docentes de la universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez quienes fueron el referente para mi aprendizaje profesional, a todo el personal de salud del puesto de salud del distrito de PUSI quienes gracias a su apoyo hicieron posible este trabajo de investigación, a mi asesora Dra. Maryluz Cruz Colca quien me apoyó con la elaboración y consolidación de este trabajo de investigación, a los miembros de mi familia quienes me apoyaron de forma permanente hasta lograr este objetivo de convertirme en un gran profesional, sobre todo por la comprensión y el entusiasmo para no desfallecer y poder terminar esta misión. Agradezco a Dios, por darme fuerzas de seguir adelante a pesar de los obstáculos y malos momentos atravesados durante la elaboración del presente trabajo; Un agradecimiento especial a la DRA. Lizbeth Carol Bruna Huamán.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Descripción del problema.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos.....	5
1.3. JUSTIFICACIÓN.	5
1.3.1. Justificación teórica.....	5
1.3.2. Justificación practica.....	6
1.3.3. Justificación metodológica.....	6
1.4. OBJETIVOS.	7
1.4.1. Objetivo general.....	7
1.4.2. Objetivos específicos.....	7
1.5. HIPÓTESIS	8
1.5.1. Hipótesis general.....	8



1.5.2. Hipótesis específicas 8

1.6. VARIABLES 8

1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN. 11

2.2. MARCO TEÓRICO 23

 MEDIDAS DE CONTROL 23

 ASPECTOS GENERALES. 23

2.3. MARCO CONCEPTUAL. 37

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 38

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN 38

3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN. 38

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA. 39

 3.4.1. Población: 39

 3.4.2. Muestra: 39

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS: 39

3.6. VALIDACIÓN DE LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS. 41

3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO 41

 3.7.1. Validación 41

 3.7.2. Confiabilidad 41

3.8. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS 42

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 43



CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	96
Anexo 1. Matriz de sistematización de datos	97
Anexo 2. Matriz de consistencia	100
Anexo 3. Ficha de recolección de datos.....	102
Anexo 4. Validación de expertos	105
Anexo 5. Autorización	111



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01 Edad y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025. ...	45
Tabla 02 Sexo y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025. ...	48
Tabla 03 IMC y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	51
Tabla 04 Perimetro abdominal y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	54
Tabla 05 Dislipidemias y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025. ...	57
Tabla 06 Glucosa serica en ayunas y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	60
Tabla 07 Edema y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025. ...	63
Tabla 08 Cambios en el ritmo cardiaco y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	66
Tabla 09 Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	69
Tabla 10 Complicaciones y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	72
Tabla 11 Consumo de sal en comidas y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	75



Tabla 12	Hábitos negativos y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	78
Tabla 13	Actividad física y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	81
Tabla 14	La hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	84



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figuras 01 Edad y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	46
Figuras 02 Sexo y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	49
Figuras 03 IMC y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	52
Figuras 04 Perímetro abdominal y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	55
Figuras 05 Dislipidemias y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	58
Figuras 06 Glucosa serica en ayunas y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	61
Figuras 07 Edema y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	64
Figuras 08 Cambios en el ritmo cardiaco y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	67
Figuras 09 Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	70
Figuras 10 Complicaciones y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	73
Figuras 11 Consumo de sal en comidas y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud	76



	Pusi de Huancané 2025.	
Figuras 12	Hábitos negativos y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	79
Figuras 13	Actividad física y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	82
Figuras 14	La hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.	85



RESUMEN

Objetivo: Determinar las medidas de control relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025. **Material y método:** Diseño no experimental, tipo básico, nivel correlacional, transversal, la técnica fue análisis documental y el instrumento fue la ficha de recolección de datos, con una muestra de 59 pacientes. **Resultados:** Las medidas de control que están relacionadas con la hipertensión arterial son: 83,05% tiene más de 60 años de edad ($p=0,000$), 71,19% es de sexo masculino ($p=0,001$), 45,76% tiene un IMC en obesidad (>30) ($p=0,000$), 61,02% tiene un perímetro abdominal >102 cm ($p=0,000$), 67,80% tiene más de dos síntomas en dislipidemias ($p=0,000$), 50,85% tiene glucosa mayor a 100 mg/dl ($p=0,000$), 38,98% tiene edemas a nivel sistémico ($p=0,000$), 35,59% tiene agotamiento y falta de fuerza ($p=0,000$), 59,32% con adherencia al tratamiento antihipertensivo ($p=0,000$), 49,15% alto riesgo de desencadenar complicaciones ($p=0,000$), 64,41% consume sal en comidas lo normal ($p=0,000$), 45,76% consume alcohol como hábito negativo ($p=0,000$), 52,54% actividad física pasar menos tiempo sentado ($p=0,000$), todas las variables son significativas con una $p<0,05$, 50,85% presenta hipertensión en estadio 1 (140-159/90-99 mmHg), el 42,37% presenta hipertensión en estadio 2 (160-179/ >100 mmHg), el 6,78% presenta pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg). **Conclusiones:** Las medidas de control están relacionados significativamente con la hipertensión arterial en pacientes.

Palabras clave: Medidas de control, hipertensión arterial, pacientes.



ABSTRACT

Objective: To determine the control measures related to arterial hypertension in patients at the Pusi Health Center in Huancané 2025. **Material and method:** Non-experimental design, basic type, correlational level, transversal, the technique was documentary analysis and the instrument was the data collection form, with a sample of 59 patients. **Results:** The control measures that are related to arterial hypertension are: 83.05% are over 60 years old ($p = 0.000$), 71.19% are male ($p = 0.001$), 45.76% have an obese BMI (> 30) ($p = 0.000$), 61.02% have an abdominal perimeter > 102 cm ($p = 0.000$), 67.80% have more than two symptoms of dyslipidemia ($p = 0.000$), 50.85% have glucose greater than 100 mg / dl ($p = 0.000$), 38.98% have systemic edema ($p = 0.000$), 35.59% have exhaustion and lack of strength ($p = 0.000$), 59.32% with adherence to antihypertensive treatment ($p=0.000$), 49.15% had a high risk of developing complications ($p=0.000$), 64.41% consumed salt in their meals as a normal habit ($p=0.000$), 45.76% consumed alcohol as a negative habit ($p=0.000$), 52.54% engaged in physical activity and spent less time sitting ($p=0.000$), all variables were significant with a $p<0.05$, 50.85% had stage 1 hypertension (140-159/90-99 mmHg), 42.37% had stage 2 hypertension (160-179/ >100 mmHg), 6.78% had pre-hypertension or controlled blood pressure (120-139/80-89 mmHg). **Conclusions:** Control measures are related to high blood pressure in patients. **Keywords:** Control measures, high blood pressure, patients.



INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial mundial es la principal causa de enfermedad y mortalidad cardiovascular, siendo la primera carga de enfermedad crónica degenerativa en el mundo, por ello la Organización Mundial de la Salud calcula que 12,8% de todas las muertes a nivel del mundo se deben a esta enfermedad, calculándose que en personas a partir de los 25 años inicia este proceso silencioso, alrededor del 40% padecen hipertensión arterial y 35% para la región de las Américas, siendo algo mayor en los hombres hasta un 39% y en las mujeres hasta un 32%, la prevalencia mundial viene incrementándose progresivamente, estimando que para el año 2030 la padecerían 1,500 millones de personas en el mundo, actualmente en el Perú los pacientes por lo general se encuentran entre 35 a 70 años siendo lamentable que cada vez la edad es más temprana de iniciar este problema silencioso en las personas a su salud.

El trabajo se presente de acuerdo con lo que se ha planteado por el departamento de estudio, de la siguiente forma: La sección I incluye elementos esenciales, como la formulación del problema, los fines, la explicación, las hipótesis, los factores y su correspondiente operacionalización. El marco teórico que fundamenta el estudio se presenta en el segundo capítulo. El apartado III explica la técnica de la investigación, el método, los recursos y el tipo empleados para reunir datos, así como el público y el conjunto de datos. Además, detalla el procedimiento verdadero que se empleó en el análisis para realizar la validación de datos, que fue crucial para llevar a cabo y elaborar el estudio. Los hallazgos de la investigación se presentan en los diagramas de múltiple entrada e intervalo, y las respectivas pruebas de las hipótesis en el apartado IV. Y en la última parte se exponen los hallazgos, discusión, conclusiones y las sugerencias.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Descripción del problema.

A nivel internacional

La OMS (Organización mundial de la salud) reporta según los últimos informes que cerca de cuatro de cada cinco habitantes diagnosticados no se le proporcionó un tratamiento apropiado a la condición del corazón, manejo terapéutico; agregado a esto, si se alcanza una cobertura mucho más amplia, sería posible evitar por lo menos 76 millones de defunciones para los años 2023 hasta el 2050; desarrollar hipertensión arterial compromete la salud de cerca de uno de cada tres pacientes adultos a escala global, dicha afección, con una presentación en aumento y muchas veces con desenlace mortal, es el responsable de desarrollar accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, infartos al músculo cardíaco, injurias renales así como múltiples alteraciones en un estado óptimo de salud.

la cantidad identificada de individuos que tienen una evaluación de elevación pulmonar (identificación durante la consulta de una tensión sanguínea igual o mayor a 140/90 mmHg, o que reciben medicamentos



para controlar las presiones elevadas) presentó un aumento de cerca del doble para 1990 y 2019 (donde se identificaron cifras iniciales de 650 millones hasta los 1300 casos). (1)

Se sabe que debe tornarse de prioridad dentro de las políticas nacionales de cada país, lo que concierne a las políticas nacionales de servicios de salud proporcionados en el inicial grado de cuidado, los resultados óptimos económicamente hablando alcanzados por los iniciativas de terapia de la presión arterial alta arterial optimizados son en gran parte superiores en los costos de 18 a 1 en proporción, "es posible alcanzar un control de la hipertensión de forma óptima por medio de terapias simples y de costo bastante accesible, solamente se detecta que de cada cinco personas solo una logra tener bajo control sus niveles de presión arterial", las cifras demuestran que actualmente se presentan 79 millones de hemorragias al corazón y 17 millones de dificultad del corazón, para los que se tuvo a más de 70 países catalogados dentro de los ingresos de bajo a mediano, además de los que se incluyeron como Bangladesh, Cuba, India y Sri Lanka.

Reforzando por su parte los cuidados que ameritan aquellos pacientes con hipertensión arterial por medio del paquete HEARTS, Canadá y Corea del Sur fueron países que prestaron servicios mediante iniciativas estatales holísticos que tienen como objetivo el control de la tensión arterial, para cada caso fue posible sobrepasar el índice del 50% de manejo sobre la presión sanguínea en el grupo de adultos hipertensos. (2)



A nivel nacional

Es considerado en el Perú, acorde a lo que se detalla en la medición de la Prueba de Salud y Demografía Familiar (ENDES), se cuenta con cerca de un promedio de 5,5 millones de ciudadanos dentro del sector etario de 15 años a más, se detectó un 22.1% con padecimiento de la hipertensión arterial, por su parte para el sector de Lima Norte fueron captados cerca de 5625 casos adicionales dentro de pacientes con hipertensión, el distrito con una gran cantidad de casos presente se encuentra San Martín de Porres, contando 1165 casos presentes; como principal factor determinante para desarrollo de patologías cardiovasculares y padecer de ellas, la hipertensión arterial (HTA) conforma este grupo de desencadenantes siendo una de las causas que concluyen como causas capitales de muerte, así como también son las patologías infecciosas y el desarrollo de cáncer. (3)

Consideramos a nivel nacional, como el Perú, fue posible contar con un estudio evidenciado recientemente respecto a la tendencia que presenta la incidencia y gestión de la hipertensión arterial, como el caso de la presencia de prevalencia estandarizada cuando se considera a la edad e hipertensión captando un aumento para el 2015 de un 18,7% hasta el 20,6% para el año 2018, por su parte la prevalencia de un oportuno diagnóstico así como el control determinó una menor presentación; poder identificar un nivel de conocimientos respecto a la hipertensión, como también poder realizar un diagnóstico previo así como la presencia de incidencia está situada con barreras a estudios con sectores en específico



como también poblaciones que no alcanzan a evidenciar la verdadera situación al momento de lo que es la hipertensión en nuestro país. (4)

A nivel regional.

Localizándose en un espacio temporal en la región de Puno, la presencia de una población con patologías o enfermedades no infecciosas se encuentra en ascenso tanto en muchas otras regiones del territorio nacional, así como también a escala global, desafortunadamente la persistencias de estilos de vida poco saludables vienen comprometiendo una aceleración en el desarrollo de enfermedades con curso crónico degenerativo, donde la población en edades mayores a los 60 años se encuentra dentro de las más frecuentes, estas presentan un menor interés que se va perdiendo, ausencia de motivación y placer acorde a las actividades que uno realiza como individuo, la hipertensión arterial no se presenta de forma exclusiva para dicho sector, sino que también enfermedades como la diabetes y alteraciones en articulaciones se encuentran presentes en dicha población. (4)

1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

PG: ¿Cuáles son las medidas de control relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi, Huancané 2025?



1.2.2. Problemas específicos

PE1: ¿Cuáles son los aspectos generales que tienen relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi?

PE2: ¿Cómo es la valoración clínica que está relacionado con la hipertensión arterial en el Centro de Salud de Pusi?

PE3: ¿Cuáles son las conductas de riesgo que están relacionados con la hipertensión arterial en pacientes Centro de Salud de Pusi?

PE4: ¿Cuáles son los niveles prevalentes de hipertensión arterial en pacientes Centro de Salud de Pusi?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

1.3.1. Justificación teórica

Desde un enfoque teórico, poder justificar un análisis partiendo de estudios realizados previamente que identifica la problemática que persiste, amerita indagar del mismo modo diversos estudios dados con un enfoque similar que puedan concluir en un análisis teórico así como crítico de factores que confluyen en el desarrollo de la HTA, cabe notar que la relevancia de la revisión realizada de este trabajo es resaltante, ya que será posible mediante la obtención de los resultados brindados por el estudio serán parte de contribuir teóricamente al final el estudio respecto a enfermedades de prevalencia crónica, como lo viene siendo la HTA.



1.3.2. Justificación practica

Desde el enfoque práctico, considerando la relevancia que dicha problemática corresponde dentro de la revisión, alcanzo incluso población de un sector más joven, coloca en discusión que abarcar la enfermedad se presenta en diversos sectores de la región de Puno, dada su presentación silente de largo desarrollo en la población e incluso en diversas situaciones se identifican las complicaciones que desencadenó la enfermedad, comprometiendo un gran riesgo para la población en general, en especial para el sector adulto mayor.

1.3.3. Justificación metodológica

Desde el enfoque metodológico, siguiendo por orden el curso de la realización de una investigación, para dar a conocer el estudio acorde al esquema brindado y establecido por la universidad, misma que comprende la aplicación de los pasos adecuados del método científico alcanzando resultados óptimos que permitan resolver la problemática identificada como los que vienen a considerarse: La formulación de metas, la investigación conceptual, la implementación técnica, la gestión de información, exposición de resultados obtenidos, y finalmente mediante la conclusiones lograr las correspondientes recomendaciones al personal tratante de pacientes hipertensos.

Considerando su papel importante al desencadenar un gran nivel de mortalidad en un gran sector de la población, acorde a lo que indica la Organización Panamericana de Salud (OPS) podemos emplear las propuestas que forman parte de la estrategia para minimizar dichos



factores de riesgo, por lo que se procede a considerar cada factor y realizar un análisis de la ingesta excesiva de sal, mejores protocolos que permitan hábitos saludables dentro de la alimentación, bienestar físico, considerando a su vez el aspecto psicológico que permita mejores grados de calidad de vida global.

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1. Objetivo general.

OG: Determinar las medidas de control relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

OE₁: Describir los aspectos generales relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi.

OE₂: Precisar la valoración clínica relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi.

OE₃: Identificar las conductas de riesgo que tienen relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi.

OE₄: Medir el nivel de hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi.



1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis general

HG: Las medidas de control están relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi, Huancané 2025.

1.5.2. Hipótesis específicas

HE₁: Los aspectos generales están relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi.

HE₂: La valoración clínica están relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi.

HE₃: Las conductas de riesgo están relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi.

HE₄: Los niveles de hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi es de estadio 1 de forma predominante.

1.6. VARIABLES

Variable 1: Medidas de control.

Variable 2: Hipertensión arterial.



1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de valores
VARIABLE 1. 1. Medidas de control	1.1. Aspectos generales	1.1.1. Edad	a. 40 a 50 años b. 50 a 60 años c. Mas de 60 años
		1.1.2. Sexo	a. Femenino b. Masculino
		1.2. Valoración clínica	1.2.1. IMC
	1.2.2. Perímetro abdominal		a. Mujeres normal < 88 cm b. Mujeres anormal > 88 cm c. Hombres normal < 102 cm d. Hombres anormal > 102 cm
	1.2.3. Dislipidemia		a. Colesterol total > 200 mg/dl b. Colesterol LDL > 130 MG/DL c. Colesterol HDL mujeres <50 mg/dl Varones < 40 mg/dl d. Triglicéridos >150 mg/dl e. Mas de dos síntomas
	1.2.4. Glucosa sérica en ayunas		a. Menor de 100 mg/dl hiperglicemia b. Mayor a 100 mg/dl normoglicemia
	1.2.5. Edema		a. No presenta edema b. Miembros inferiores c. Nivel sistémico
	1.2.6. Cambios en el ritmo cardiaco		a. No presenta b. Agotamiento y falta de fuerza c. Mas de dos síntomas
	1.2.7. Adherencia al tratamiento antihipertensivo		a. Adherencia b. No adherencia
	1.2.8. Complicaciones		a. No presenta b. riesgo de desencadenar complicaciones
	1.3. Conductas de riesgo	1.3.1. Consumo de sal en comidas	a. Bajo en sal b. Lo normal c. Incremento en las comidas (salado)
		1.3.2. Hábitos negativos	a. Ninguno b. Consumo alcohol



		1.3.3. Actividad física	c. Consumo de tabaco a. Pasar menos tiempo sedentario b. Caminatas, bailar, camina de su casa a la chacra c. Dificultades para movilizarme
VARIABLE 2 2. Hipertensión arterial		Nivel de hipertensión arterial *	a. Pre hipertensión o presión controlada 120-139/80-89 mmHg b. Estadio 1 140-159/90-99 mmHg c. Estadio 2 160-179/>100 mmHg

* Adaptada de *The Eighth Reports of the Joint National Committee on Low Blood Pressure Intervention, Identification, Assessment, and Therapy (JNCT)*, Publicación NIH N. ° 03-5233, mayo 2003.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

A nivel internacional.

Cruz. (5) Grado de saberes sobre la hipertensión arterial global y su vínculo con el cumplimiento del manejo en los individuos de la UMF 15. México, 2023. Objetivo: Evaluar la capacidad de vinculación en el nivel académico respecto a presión arterial alta sanguínea integral y el apego a las terapias. Material y métodos: comprende una investigación con una perspectiva de observación, de características analíticas, transversal y de desarrollo prospectivo de asociación. Resultados y conclusiones: El descarte mutuo para las dos hipótesis, el potencial que desencadenaría generar dichas intervenciones podría terminar favoreciendo al paciente como a la institución, dado que un seguimiento mucho más óptimo de la tensión sanguínea terminaría con una reducción de los elevados costos que comprende el tratamientos a largo plazo de los resultados desfavorables que podrían resultar en complicaciones (complicación cardíaca, infarto agudo de miocardio, enfermedades vasculares del cerebro, hipertensión retiniana, afección prolongada renal, entre otras.) además de potencial el sector de prevención primaria.



Gorostidi, Gijón, De la Sierra, et al. (6) Guía útil para diagnosticar y tratar la presión arterial alta en España, 2022. Objetivo: Estipular recomendaciones esenciales respecto a prevención, detección oportuna, diagnóstico y la gestión de anemia pulmonar. Metodología: se desarrollo desde un marco descriptivo, de tipo transversal y de modo analítico. Resultados y conclusiones: partiendo del umbral definitorio para la tensión sanguínea de 140/90 mmHg, se resuelve la necesidad de establecer y tener en conocimientos aquellos valores de tensión sanguínea proporcionados de manera externa a la consulta, dejando como prioridad determinar la estratificación de la existencia de riesgo posible cardiovascular de los enfermos de hipertensión, por su parte, la gestión terapéutica aplicada bajo la indicación de una terapia combinada de dos fármacos de manejo inicial, se pretende tener el objetivo de una tensión sanguínea por inferior de 130/80mmHg como control para un gran sector de la población.

Alvarado (7) Grado de apoyo socio familiar de los enfermos con insuficiencia arterial sistémica descontrolada de la UMF 94. México; 2021. Objetivo: Establecer El grado de apoyo a nivel social y familiar de los enfermos diagnosticados con presión sanguínea alta descontrolada que conforman la UMF 94. Material y métodos: de tipo observacional, además un diseño descriptivo y de tipo transversal entre los individuos que padecen de elevación pulmonar descontrolada adscritos en el servicio de medicina Familiar N°94. Resultados: considerando una totalidad de 100 pacientes, acorde al sexo fueron mujeres un 61% y un restante de 31%



de hombres, hablando al apoyo global socio familiar se presento en un 84% con estándares normales y de carácter escaso al 16%, siendo así el sector etario con menor apoyo dentro de los 40 a 50 años del 25%, se reflejó a su vez que se obtuvo un mejor apoyo en el 83,6% de mujeres en comparación al sector masculino donde presentaron un apoyo mejor confidencial del 82%. Conclusiones: desde la expectativa empírica no llevo a cumplirse lo esperado, dado que como producto del estudio un 84% alcanzo un apoyo social familiar normal, trabajando con una expectativa inicial empírica del 70% del conjunto de individuos que tienen condición pulmonar incontrolada.

Acosta et al (8) Fluctuación del índice de presión arterial, hipertensión sanguínea nocturna y su vínculo con el hábito de fumar. Uruguay; 2021. Objetivo: Identificar la relación existente entre hábitos tabáquicos y la tensión pulmonar vespertina, vespertina y fluctuación. Material y métodos: Elemento técnico de la investigación de observación, análisis integral complejo en curso, presenta una cobertura de pacientes hipertensos con edades superiores a los 18 años que conforman el grupo de MAPA (control cotidiano de tensión sanguínea). Resultados: el hábito tabáquico en los pacientes fue observado en el 14,6%, pudo observarse valores de presión arterial durante el día con mayor elevación tanto sistólica como diastólica para los fumadores ($p=0.204$, $p=0.087$, respectivamente), fue accesible entonces evidenciar una vinculación importante entre la presión arterial elevada vespertina y la aparición de condición de diabetes aunado a un elevado índice de masa corporal. Conclusiones: El sector identificado



de pacientes fumadores conscientes cifras con tendencia a una presión arterial media diurna elevada en mediciones sistólicas y diastólicas contrastado a los no fumadores.

Giralt, Rojas, Leiva, (9) Relación entre COVID-19 e Hipertensión Arterial. Cuba; 2020. Objetivo: Captar la relación que se presenta entre COVID-19 y desarrollo de Hipertensión arterial. Materiales y métodos: Se procedió al desarrollo de un examen que utiliza fuentes de información que comprendían bibliografía, así como buscadores de importancia, comprendió una literatura de consulta obligada en temas de Cardiología, así como páginas web del gobierno oficiales. Resultados: La proteína espícula (S) mediante el cual el coronavirus realiza su unión a las células diana correspondiente, presentado en la superficie la unidad S1 pasa a acoplarse al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2, que se muestra como antagonista, acorde a la literatura consultada se observa la evidente relación que presentó la Hipertensión arterial que conllevó a un curso poco favorable en pacientes con COVID-19. Conclusiones: El SARS-CoV 2 posee la proteína transformadora de angiotensina, la cual actúa como su antagonista, en pacientes con desarrollo de hipertensión arterial desencadena un curso poco favorable al desarrollo de la afección por la carga viral.

A nivel nacional

Mestas (10) En 2023, se realizó un estudio sobre la atención y los elementos relacionados con la terapia farmacológica de enfermos con alta



presión arterial y/o complicaciones de diabetes tipo 2 en el Centro de Salud San Juan, ubicado en Ciudad Blanca-Paucarpata-Arequipa. Objetivo: Calcular el nivel de conformidad, así como los elementos que presentan asociación a las terapias farmacológicas en pacientes hipertensos y diabéticos. Metodología: Consta de un enfoque correlacional y observacional, con desarrollo prospectivo que analizaba mediante casos, parte del estudio lo conformaron pacientes hipertensos y/o con el diagnóstico de diabetes. Resultados: Dentro de los factores analizados el 67,4% lo conformo el grupo de sexo femenino, indicaron presentar una pareja el 63%, el grado de instrucción fue de un 59,8% para un nivel primario; considerando al grupo que presentaba el diagnóstico de condición mellitus tipo 2 los factores determinantes fueron encontrarse sin pareja, grado de instrucción secundario y presentar un rango de conocimientos sobre apego al tratamiento alto; cuando se consideraba el grupo de pacientes con ambos diagnósticos los factores de relevancia fueron el sexo femenino, grado primario educativo y bajo rango de conocimientos sobre apego al tratamiento. Conclusiones: Presentar una coexistencia en particular de ambas patologías crónicas significa un gran determinante.

Fernández y Vilchez (11) Nivel de bienestar y su conexión con la hipertensión en personas mayores del Centro de Salud David Guerrero Duarte, ubicado en Concepción. Huancayo; 2022. Objetivo: identificar la condición de bienestar asociado a la presencia de presión arterial alta en la población longeva del establecimiento David Guerrero Duarte.



Metodología: comprende un estudio de diseño correlativo, de carácter no intervencionista con curso transversal, misma que presento una población de 130 pobladores longevos como objetivo. Resultado y conclusiones: Permitió evidenciar que el crecimiento de anemia está relacionado con la condición de bienestar arterial dando señales de una correlación optima en grado moderado respecto al manejo de las variables ($p=0.000$), por su parte la calidad física relacionada con la existencia de inestabilidad pulmonar resulta con óptimos niveles de asociación de grado moderado ($p=0.000$), tratando a su vez la condición mental, como la presión arterial alta resulto igualmente positiva ($p=0.003$), finalmente la condición comunitaria sobre conexión con la hipertensión muestra una conexión con niveles de grado fuerte y notable significancia ($p=0,011$).

Ruiz, Carrillo, Bernabé (12) Metaanálisis y revisión sistemática de la hipertensión arterial en Perú: frecuencia y frecuencia. País: Perú; 2022. Objetivo: Evaluar la existencia del aumento y prevalencia de diagnósticos de hipertensión, y un análisis previo de hipertensión (autorreportado) y la prevalencia en adultos peruano. Materiales y métodos: desarrollo de la correspondiente revisión sistemática complementado con el meta análisis enfocado en investigaciones epidemiológicas presentes en LILACS, MEDLINE, EMBASE y Global Health. Resultados: de los artículos identificados se pasó al tamizaje de 903 documentos, abarcando también 15 manuscritos de prevalencia, respecto al diagnostico previo 8 sobre su prevalencia, 4 correspondientes a incidencia de la patología, mediante el metaanálisis se noto una diferencia dentro de documento nacionales del



20% menor respecto a los subnacionales del 24%, hablando a nivel mundial fue de un 51% cuando se refería al diagnóstico con anterioridad, cerca de un 4,2% para cada 100 personas presento dicha incidencia por año. Conclusiones: mediante lo evidenciado es resaltante que uno de entre cinco habitantes de Perú padece hipertensión, agregándose unos cada período, varios casos recientes por cada 100 habitantes.

Contreras, Senmache (13) Información y modos de vida de los adultos hipertensos del Centro de Salud La Victoria I. Lima; 2021. Objetivo: Determinar la asociación para el grado de conocimientos y el potencial estilo de vida en población de la tercera edad con hipertensión arterial dentro de usuarios del Centro de Salud de la Victoria I. Metodología: se propuso un enfoque cuantitativo, correlacional como alcance, del mismo modo se planteó de tipo no experimental, misma la conformaron cerca de una población comprendida por 64 usuarios de la tercera edad. Resultados: Como parte del estudio se vio que el nivel de conocimientos respecto a hipertensión arterial fue predominando por un 44% de nivel medio en el sector adulto mayor, para el hecho de aplicar los conocimientos respecto a hábitos saludables en su vida el 56% presentó que a veces las llegó a desarrollar cuando se trataba de su alimentación, para la actividad física un 59% tuvo una frecuencia de a veces igualmente, un 91% se vio con óptimos estándares emocionales y que finalmente la adherencia terapéutica fue del 91% denotada como a veces, cuando se trataron estilos de vida no saludables, poca frecuencia de consumo de tabaco un 53%, no ingiere alcohol 41%, sedentarismo a veces el 53%, la



depresión se presentó a veces en el 75% así como también un 75% a veces no tuvo un seguimiento del tratamiento. Conclusión: es identificable una relación con gran significancia presente cuando se trató el nivel de conocimientos y estilos saludables en población de la tercera edad con hipertensión arterial.

Díaz (14) Elementos de riesgo e incidencia de hipertensión sanguínea en adultos en el servicio de urgencias del hospital regional docente Las Mercedes. Pimentel; 2020. Objetivo: Determinar la presencia de factores que favorecen y la incidencia de la hipertensión del corazón en pacientes que son admitidos al centro de urgencia perteneciente al Hospital Regional Docente. Metodología: con una técnica cuantitativa no teórica y con carácter descriptivo, a través de la medición transversal, la conformaron 220 pobladores tanto adultos como personas adultas con hipertensión. Resultados y Conclusiones: la persistencia identificada en la población adulta como adulta mayor frente al diagnóstico de presión alta pulmonar evaluada en el centro de Emergencias del HRDLM fue del 57,3% sin frecuencia constante del monitoreo de dicha tensión sanguínea, siendo la misma un 86% con presiones elevadas, refirieron un 48,7% haber presentado sintomatología asociada a HTA, y del total un 90,7% fue determinante en que no fue parte de programas instructivos que busquen beneficiar y optimizar la condición de bienestar con menores índices de mortalidad, ingestas de sodio en la dieta 50%, no realiza ejercicio 66,7% y el 47,4% es sedentaria.



A nivel regional

Cutipa (15) Elementos asociados a la conformidad al procedimiento en individuos y personas avanzadas con hipertensión del centro de salud José Antonio Encinas-Puno; 2024. Objetivo: Concretizar la relación dada para los factores a desarrollar con respecto a la fidelidad al cuidado en la comunidad de adultos, además de la tercera edad con presión sanguínea alta. Metodología: presentó un enfoque de tipo descriptivo y del mismo modo correlacional, mismo que demostró un diseño de tipo no experimental realizando un tipo de carácter global, se informó acerca del esfuerzo realizado con una población de 89 pacientes que ya se encontraban diagnosticados como hipertensos.

Resultados: se vio que los mismos factores socioeconómicos, como aquellos factores del proveedor respecto al sistema y equipamiento de salud, del mismo modo que factores determinados por el paciente estuvieron vinculados con la conformidad al procedimiento médico, por su lado, la adherencia terapéutica de la población de adultos como de la tercera edad un 50,6% no alcanzaron una adherencia ideal. Conclusión: cuando se tiene a los factores asociados al proveedor se considera en cierto nivel una causa como también un posible determinante respecto a la adherencia al tratamiento mediante la correlación fuertemente obtenida.

Quispe (16) Elementos que determinan la conformidad con terapias médicas y alternativos en individuos hipertensos, centro de salud 4 de Noviembre, Puno; 2024. Objetivo: Identificar la presencia de factores que son influyentes en el apego a las terapias farmacológicas como no



farmacológicas en adultos hipertensos, patología con alto potencial de muerte cardiovascular. Metodología: estudio descriptivo evidente, no experimental como diseño presentado y con un tipo de corte transversal.

Resultados: al aplicar dicho estudio presentó un 61,7% con alto potencial a desarrollar un apego terapéutico como comportamiento frente al tratamiento además del 36,7% sin evidente respuesta con el apego terapéutico como comportamiento frente al tratamiento; siendo del mismo modo los factores con mayor representatividad el factor de tipo socioeconómico en los adultos con un 73.3% sin evidente respuesta con el apego terapéutico como comportamiento frente al tratamiento.

Conclusión: aquellos factores relacionados al apego a las terapias de tipo farmacológicas como no farmacológicas son constituyentes de la categoría de potencias riesgo a no evidenciar respuesta con el apego terapéutico como comportamiento frente al tratamiento.

Campos (17) Vínculo de la conformidad a la terapia, los síntomas de depresión y los elementos sociodemográficos en individuos con presión arterial alta que varían entre 60 y 90 años en la región de Puno, Perú; 2024. Objetivo: identificar la relación respecto a la conformidad médica, clínica depresiva y determinantes sociodemográficos en población diagnosticada con hipertensión arterial en la población de adultos mayores de 60 años hasta los 90 años. Metodología: con características cuantitativas, para un diseño correlacional y de metodología de muestreo de tipo no probabilístico.



Resultados: Se aplicó específicamente en un total de 15 establecimientos para el muestreo de instituciones pertenecientes a MINSA y EsSalud, mediante la información social y cultural, la métrica CESD-R y la de Hill Bone elaborada por los investigadores fueron los instrumentos a aplicar. Conclusión: se identifica una asociación de notable significación estadística entre la clínica depresiva, adherencia terapéutica y los determinantes sociodemográficos dentro de los que se tuvo a la edad, sexo, establecimiento de residencia, situación laboral y residentes dentro del domicilio.

Leyva. Payehuanca (18) Datos antropométricos relacionados con la tensión arterial en adultos no docentes que residen en regiones de alta montaña. Puno, 2023. Objetivo: Establecer el vínculo para los indicadores antropométricos (IMC, CC, ICC, ICT) respecto a la presión arterial en trabajadores no docente moradores de las localidades altoandinas, Puno. Metodología: con características de estudio cuantitativo además de correlacional ligado al diseño de tipo no intervencionista y de medición transversal. Resultados: los valores antropométricos analizados presentaron dentro de lo obtenido un 48,7% con sobrepeso y con obesidad grado I el 20,6%, por su parte la circunferencia abdominal fue elevada para el 43,5%, otro valor evidenciado alto fue del 72,5% de índice cintura cadera, por su parte un 77,5% fue elevado a la medición de índice cintura talla, el 57,8% fueron valores óptimos a la medición de presión arterial, dejando cerca de un 14% detectado con hipertensión arterial, cuando se consideraban los indicadores antropométricos como también



para presión arterial. Conclusión: la alteración evidenciada en algún tipo de indicador antropométrico no es del todo determinante a desarrollar hipertensión de forma significativa.

Cruz (19) Elementos relacionados con el peligro del corazón alto en individuos hipertensos del centro de salud Carlos Monge Medrano, de Juliaca; 2023. Objetivo: Determinar los respectivos determinantes relacionados a riesgo cardiovascular elevado en la población de personas con hipertensión. Metodología: Para el desarrollo del estudio se consideró un enfoque analítico como retrospectivo.

Resultados: para el 10,3% de los pacientes presentó una frecuencia elevada respecto al riesgo cardiovascular, realizar labores sedentarias ($p:0,003$), ingesta alcohólica como hábito ($p<0,001$) y tener un hábito de consumo de tabaco ($p<0,001$). Al realizar el análisis de determinantes antropométricos se tomó en cuenta el IMC; dando como evidencia ser determinantes significativos estadísticamente el sobrepeso grado I con notable asociación ($p<0,048$), siendo un factor determinante significativo estadísticamente la Dm con notable asociación ($p<0,001$), al realizar el análisis de parámetros sanguíneo y la bioquímica de esta se pasó a analizar el colesterol total, HDL, LDL, glicemia, trigliceridemia y creatinina sérica; resultando por su parte parámetros relacionados con significancia estadística notable que presentaron glicemias superiores a los 126 mg/dl ($p<0,001$), se mide la creatinina sérica superior a los 1.3 mg/dl ($p:0.003$). Conclusiones: los respectivos determinantes que se relacionan a riesgo cardiovascular elevado se determinaron que fueron las labores



sedentarias, ingesta alcohólica como hábito, la costumbre de consumir tabaco, la presencia de obesidad moderada I, DM, valores de glicemia por encima de 126 mg/dl y de la glucemia por encima de 1.3 mg/dl.

2.2. MARCO TEÓRICO

MEDIDAS DE CONTROL.

Las medidas de control son acciones o estrategias implementadas para eliminar, reducir o mantener bajo control los riesgos que puedan afectar la salud, la seguridad, el medio ambiente o la calidad de un proceso.

En otras palabras, son procedimientos o mecanismos diseñados para prevenir accidentes, enfermedades ocupacionales o daños materiales, asegurando condiciones seguras y saludables en el entorno laboral o en cualquier actividad.

ASPECTOS GENERALES.

Edad

Los valores determinados como normalidad para presión arterial en edades adultas son: Población entre los 20 a 60 años: presión arterial de 120 a la medición sistólica y 80 para la presión diastólica como valores normales.

De la misma manera la misma presión arterial va siendo modificada por la edad, el género, así como el estilo de vida y factores en particular adicionales. Por ejemplo, se llega a desarrollar un incremento progresivo de las presiones para los hombres a acorde van envejeciendo: Desde los 20 hasta los 35 años: presiones entre los 120/80 regulables. Desde los 35 hasta los 50 años: aumento progresivo de la presión. Desde los 50 hasta



los 65 años y en adelante: existe una prevalencia mayor de la hipertensión, superando hasta el 60% las tasas para una población en edades superiores a los 65 años.

Por las mismas alteraciones temporales que se dan a lo largo de la edad además de otros factores, la población presenta predisposición adicional a desencadenar hipertensión, en caso especial una vez cumplidos los 45 años, acorde a las prevalencias observadas fue evidente un 49,9% de población masculina con hipertensión y un 37,1% en población femenina. Cuando consideramos a la población femenina es cuando desarrollan hipertensión años posteriores a los hombres, un mecanismo desencadenado principalmente por los estrógenos durante edades fértiles. Inclusive, llegada la menopausia se da un incremento al control de la tensión sanguínea sistólica, la misma que se ve modificada por otros elementos relacionados con el riesgo que incluyen el sobrepeso y el síndrome metabólico. (20)

Sexo.

Una vez cumplidos los 50 años, la sintomatología que puede desarrollar la presión arterial elevada en hombres como en mujeres se presenta:

Para la población femenina a partir de los 50 años se presenta como una clínica similar a la sintomatología evidenciada en la menopausia, caracterizada por mareos, sofoco, fluctuaciones en el estado de ánimo.

Para los hombres desde los 50 años no brindar una terapia cuando se presenta la hipertensión de evidencia en alteraciones de la virilidad (disfunción eréctil). Lo que indica que la presencia de la sintomatología



tanto en hombres como en mujeres en esas edades requiere un monitoreo regular de los niveles de tensión sanguínea.

Existen características en particular cuando en mujeres se valora la presión arterial, básicamente debido a la influencia de los periodos hormonales de los que atraviesa a lo largo de su vida. (21)

VALORACIÓN CLÍNICA.

Índice de masa corporal IMC.

El desarrollo de presiones arteriales elevadas compromete el bienestar de más de mil millones de personas a nivel de todo el mundo, determinándose para la tensión del corazón (HTA) el valor de peso del cuerpo (IMC) como el factor con mayor presentación al desarrollo del mismo por sobre los valores relativos de normalidad (exceso de peso u obesidad) la gente que presentaba sobrepeso y en muchos casos obesidad se les diagnosticó hipertensión arterial, generando un índice de a mayor peso poseía mayor tendencia a HTA.

Siendo relevante del mismo modo que muchos pacientes que presentaron HTA se encontraban recibiendo terapias sin controles correspondientes. Dentro de las muestras en los distintos estudios fue la obesidad la que destacó en comparación al resto. (22)

Perímetro abdominal

Las dimensiones de perímetro abdominal representan valores de gran importancia cuando se desea establecer la presencia o ausencia de obesidad en los pacientes, representa un valor clave al momento del



desarrollo de riesgo cardiovascular. Por su parte comprende una medición antropométrica establecida para calcular la grasa acumulada en individuos específicamente para la región abdominal. Valores que, si exceden a los considerados como rangos saludables, denotarán consecuencias el alto riesgo al momento de desarrollar patologías circulatorias entre otras. (23)

Una presencia excesiva de grasa en la región abdominal incrementa duplicando la presencia de la posibilidad de desarrollo de alteraciones cardiovasculares. Presentar grasa abdominal genera que puedan instaurarse alteraciones del colesterol como también en los triglicéridos. Siendo también, gran riesgo de desarrollo de hipertensión arterial, muchos pacientes con diabetes e incluso formación vascular de trombosis. (24)

Dislipidemia

Determinado por elevación de triglicéridos y su presencia sanguínea (25), conllevando a un aumento de lipoproteínas, consecuente a esta formación es por lo que es considerada patología de alto riesgo, cuando se relaciona a alteraciones que comprometan el componente cardiovascular (26).

Hablar de dislipidemia como alteración, conlleva a tratar la elevación de los niveles plasmáticos tanto de colesterol o triglicéridos por si solos o conjuntamente, se incluyen estándares donde conceptualizar una disminución del colesterol asociado a HDL-C (high-density lipoprotein) que pueda contribuir al desarrollo de aterosclerosis.

Cuando se desea identificar la causalidad de las posibles etiologías presentes se abarcan causas primarias o genéticas y las secundarias.



Principalmente se brinda un diagnóstico mediante la medición de la concentración del colesterol total en plasma, triglicéridos como de lipoproteínas de manera independiente.

Glucosa sérica

La obtención de valores de glucosa en estados de ayunas, así como de hemoglobina glicosilada (HbA1c) o por defecto en determinadas situaciones la evaluación de adaptación en relación con la glucosa durante un periodo de dos jornadas, que se encuentren alterados, corresponden a desarrollar un riesgo mayor de padecer patologías cardiovasculares partiendo desde un 6% hasta valores del 20%. Se encuentra descrito que tanto la cardiopatía coronaria, enfermedades del sistema cerebrovascular y arteriopatías periféricas se encuentran asociadas con mayor frecuencia a la diabetes (27).

Aquellos valores de glucosa elevados obtenidos en la muestra sanguínea van a verse asociados a múltiples factores metabólicos de gran riesgo en gran parte subyacentes, entre las que comprende la hipertensión, desarrollo de dislipidemias y en gran parte del desarrollo de obesidad abdominal (28).

Edema

Mediante la inflamación de tejidos blandos desencadenados de manera secundaria a reservas de líquido intersticial acumulado, es denominada como edema, un gran porcentaje del líquido intersticial es agua, que cuando se da una presencia infecciosa o de alteración al drenaje linfático



aumenta el porcentaje de proteínas y componentes celulares en dicho espacio; acorde a las regiones comprometidas se establece la presencia de edema localizado o generalizado (p. ej. Compromiso de una parte de un miembro o todo el miembro), de curso súbito o progresivo los pacientes refieren una aparición espontánea del mismo en múltiples ocasiones.

Cambios en el ritmo cardiaco.

El estado físico es reflejado por el ritmo cardiaco, un gran porcentaje de adultos presentan valores de ritmo cardiaco estándar dentro de los 60 y los 100 latidos por minuto, pero para personas que desarrollan un tipo de ejercicio físico es común que presenten ritmos cardíacos con valores más bajos, siendo inclusive dichos valores tan bajos que alcanzan los 40 latidos por minuto para algunos atletas en estados de reposo, durante la actividad física o en estados de ejercicio el ritmo cardiaco meta se ve alterado siendo influenciado acorde a la edad de cada individuo, para ello se establece que dichos valores durante un tipo de ejercicio moderado alcanza valores entre el 50% y 70% del ritmo máximo, durante actividad intensa alcanza hasta el 70% y 85%, para tal caso cuando por ejemplo un individuo que rodea los 20 años deberá alcanzar un ritmo cardiaco de 100 a 170 latidos por minutos, en contraste de una persona que rodea los cincuenta años deberá alcanzar un ritmo de 85 hasta 145 latidos por minuto, el ritmo cardiaco es con mayor frecuencia identificado como el ritmo del pulso para una persona, siendo con gran frecuencia fuera de lo normal al no realizar ejercicio o frente irregularidades de los latidos. . (29)



2.2.1 Adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Desarrollar una adherencia o cumplimiento de un protocolo de medicación representa por lo general el grado del que los pacientes cumplen con la ingesta de medicamentos que vienen siendo prescritos por el médico tratante, presentar una adherencia terapéutica se define también en el medio como el contexto dentro del cual las actitudes en las cuales los individuos están inmersos respecto a las recomendaciones que se cumplen respecto a la salud y comprenden la capacidad que desarrollan los pacientes para: acudir a distintas consultas establecidas dentro de centros hospitalarios o en consulta, ingerir la medicación como fue establecida o prescrita permite estilos de vida mucho más óptimos y permite completar la batería de análisis y pruebas a solicitar. (30)

Cuando se plantea una situación dentro del día a día no es factible fijar una gráfica de reacción a la dosis ideal, ya que la misma dosificación, las horas establecidas para la toma del medicamento y distintas variables tienen rangos de variación contrastadas dentro de los ensayos clínicos, siendo de igual manera determinantes al momento de su empleo en decisiones políticas sólidas cuando se establecen los umbrales de el cumplimiento operativo al variar entre uno u otro medicamento, las estimaciones bioquímicas representan un tercer enfoque para idear y determinar comportamientos que son evidentes dentro de las adherencias terapéuticas. (31)



CONDUCTAS DE RIESGO

Resulta de gran relevancia identificar cada riesgo posible que se encuentre asociado a dicha estrategia, dentro de estas pueden estar la hipotensión y las injurias renales de forma aguda, y el mecanismo de manejo correspondiente, proponer medios estratégicos de practicidad para mejor implementación de las correspondientes recomendaciones durante su ejecución, con especial enfoque en una terapia individual.

Consumo de sal en comidas.

La asociación que se presenta cuando se da el consumo de sal y el comportamiento de la tensión arterial en distintas situaciones se torna controversial, no alcanzó un fin concluyente para los estudios experimentales; se encuentran con limitaciones respecto a las implicaciones que comprometen un riesgo a ingerirla de forma directa como el caso de la sal de mesa, no contemplando una dieta constituida por vegetales, frutas, agua y diversos alimentos compuestos por sal y representan un gran porcentaje diario de nuestra dieta; la hábitos diarios que se adquieren aumentan la gravedad de padecer enfermedades hipertensivas, siendo una alimentación rica en sodio (Na) y pobre en potasio (K), además de la relación entre control realizada en los riñones que se encuentran preparados intrínsecamente a preservar el Na y eliminar K, distinto a épocas antiquísimas donde el Na era menor en la dieta; niveles elevados de Na y deficiencias de K se tornan estrechamente ligados al órganos como el cerebro y tejido endotelial de vasos periféricos, donde aumenta la presencia de una resistencia vascular periférica e



instaurar la HTA, procesos inmunológicos logran instaurarse como un rol activo que influye en el proceso de hipertensión y el consumo de sal por su parte no determina mayor alteración hemodinámica. (32)

Hábitos negativos.

La ingesta de bebidas alcohólicas, inclusive tratándose de un vaso de vino durante los alimentos, no se recomienda, el alcohol actúa como un agravante del estado de salud de los individuos hipertensos, un exceso frente a su ingesta aumenta durante el día la presión y resistencia a nivel endotelial en el componente vascular logrando alcanzar estados deplorables del mismo, hábitos que contemplan una ingesta superior a tres bebida en un momento dado eleva de forma temporal la presión arterial, por su lado una ingesta excesiva produce presiones elevadas por mayor tiempo y a largo plazo.

Resulta de vital importancia identificar cuando ya el individuo se encuentra bebiendo en exceso, una ingesta excesiva se entiende por una ingesta de cuatro a más copas en un lapso de dos horas cuando se trata del sexo femenino, para los hombres son cinco o más copas en el mismo lapso de tiempo, se podría considerar como una ingesta promedio de bebidas alcohólicas de hasta una bebida por día en promedio para el sexo femenino, siendo dos en lo referente al sexo de los hombres; en el porcentaje de la población que presentan un hábito de ingesta excesiva de alcohol frente a una reducción de la misma a valores estándares comúnmente aceptados ya descritos anteriormente logran presentar mediciones máximas de la presión arterial de hasta 5,5 milímetros de



mercurio (mmHg) y una mínima medición de 4 mmHg; por lo tanto aquellos pacientes que se encuentren diagnosticados con hipertensión deben evitar una ingesta excesiva en el caso de adultos sanos, que en promedio significa para las mujeres una copa al día y hasta dos en el caso de individuos hombres.

Calculando el valor nutricional del alcohol, este presenta un gran porcentaje de calorías que conlleva a un aumento de peso, y con ello mejores posibilidades del desarrollo de hipertensión arterial, se ha descrito que el alcohol altera la acción de medicamentos antihipertensivos, y que modifica las concentraciones dentro del cuerpo pudiendo alterar los efectos y desencadenar consecuencias contraproducentes. (33)

Actividad física.

Como parte de los hábitos a desarrollar se considera al ejercicio físico como favorable respecto a la tensión pulmonar, condiciones de ejercicio físico resulta eficaz cuando se pretende controlar los índices de tensión sanguínea, por ende, conlleva que se de una mayor implementación de entrenamientos enfocados en fuerza con una frecuencia de 2 a 3 veces durante la semana, mismos que fortaleces el tejido muscular y conlleva mejor circulación corporal. Indicaron tanto la OMS en conjunto con la Asociación Global de Hipertensión Arterial que abarcaron por vez primera implementar la actividad física como terapia no farmacológica dentro de la prescripción de modificaciones al modo de existencia para aumentar el nivel de tensión arterial, es aquí que un gran porcentaje de los estudios



han podido coincidir como parte de terapia efectiva que previene el desarrollo de la patología. (34)

La planificación de un esquema ideal comprende ejercicios ideales efectivos que compromete actividades como caminatas, baile, natación, correr y la realización de ciclismo recreacional, en un promedio de 30 hasta 60 minutos durante el día con una frecuencia de tres hasta cinco días por semana. Una adecuada realización de dichos hábitos mejora las estadísticas de presiones arterial elevadas para pacientes hipertensos alcanzando mediciones estables.

Si bien es posible observar en múltiples casos que una práctica deportiva frecuente puede resultar en beneficios muy poco evidentes, resulta suficiente y contribuye a mejores presiones de manera significativa, que del mismo modo incluye una menor incidencia de accidentes cerebrovasculares como también la posibilidad de desarrollo de infartos de miocardio. (35)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Podemos considera a la hipertensión arterial como el trastorno o alteración dentro del cual el componente endotelial de los vasos sanguíneos se encuentra expuesto a tensiones elevadas permanentes, dentro de todo el corazón y en dirección a todo el sistema corporal la sangre recorre cada tramo por medio de las diferentes arterias y venas, impulsado por cada latido se permite el bombeo de sangre a través de los vasos, dicha tensión es producto de la fuerza con la que es emitida la sangre por dicho recorrido sobre las paredes de las arterias, frente a una



tensión de mayor intensidad corresponderá a una dificultad mayor al momento de bombear.

El padecer o desarrollar hipertensión representa un riesgo médico relevante que podría terminar desencadenando patologías cardiovasculares, a nivel cerebral, a nivel renal, entre otros tejidos, descrita como causal determinante de decesos prematuros a nivel mundial con compromiso en la población masculina de uno de cada cuatro y en las mujeres de una de cada cinco, correspondiente a las más de 1000 millones de pacientes; dicho riesgo acarrea una carga importante de morbilidad desarrollada por la hipertensión que se agrava de forma desproporcional en países que presentan ingresos inferiores sin alcanzar a niveles estándares, donde los casos aumentan a las dos terceras partes por la persistencia y aparición de factores de riesgo que involucran a dichas poblaciones desde hace diez años aproximadamente. (36)

Durante los latidos cardiacos, la sangre es bombeada por todo el cuerpo, distribuyendo así los nutrientes y oxígeno adquiridos, durante el curso de la sangre genera la presión acerca de las estructuras arteriales. Por toda la presión o fuerza ejercida respecto a las paredes arteriales, donde las presiones arteriales presentan mediciones elevadas ejerce grandes tensiones sobre el tejido endotelial, desarrollando con más frecuencia la posibilidad de aparición de depósitos de colesterol y poder desencadenar placas ateroscleróticas (descrito en múltiples bibliografías como endurecimiento de las arterias), existe la posibilidad elevada a desarrollar coágulos de sangre que puede llegar a localizarse donde se desarrolla la placa generando una obstrucción mínima o completa de la circulación



sanguínea dentro del vaso sanguíneo o generar la perforación o ruptura del mismo, si se da el bloqueo mediante un coágulo de un vaso a nivel cerebral o alguno que brinda irrigación a este desencadena un accidente cerebrovascular, por su parte puede llegar a suceder lo mismo pero a nivel cardíaco desencadenando un infarto al miocardio, existe la posibilidad que se localicen diversos coágulos a nivel de la arteria aorta (una arteria de importancia a nivel circulatorio) que pueda llegar a generar una disección aortica con un elevado riesgo de mortalidad. (37)

La presencia de presiones elevadas genera que el corazón se vea obligado a realizar trabajos más intensos, generando una mayor constitución del musculo cardíaco y posterior endurecimiento, lo que se ve reflejada en una insuficiencia cardíaca.

La hipertensión logra ser diagnosticada prácticamente debido a la continuación de índices altos de tensión sanguínea, que viene a ser asociado a un riesgo superior a desarrollar enfermedades de tipo cardiovascular (ECV), tanto una presión sistólica como una presión diastólica son las que componen a la presión sanguínea. Los valores dentro de los que están considerados como rangos de normalidad son de 130 a 140 mmHg de la presión sistólica sin exceder de esta, y para la diastólica de 80 a 90 mmHg siendo modificada para el grupo etario en cada caso. Dentro de la consulta diaria la hipertensión se presenta de forma asintomática.

Dentro de las consecuencias a desarrollar, una con mayor relevancia es la Insuficiencia Cardíaca (IC) dada por una hipertensión no controlada básicamente, misma que se desarrolla de dos formas:

Por la aparición de estrechamientos, constricción y una elevación respecto a la resistencia presente en los vasos sanguíneos, que compromete a su vez la circulación cardiaca disminuyendo el flujo que corresponde a la musculatura cardiaca y por ende mayor debilidad y predisposición a la aparición de lesiones cardiacas. (38)

No contar con una adecuada monitorización de la hipertensión arterial, un alto peligro de sufrir hipertensión del corazón surge prolongadamente, presiones por encima de los valores estándares predispone a un esfuerzo superior por parte del tejido cardiaco para bombear y prevalecer una presión constante en la circulación sanguínea; la aparición de estrechamientos y bloqueos del flujo normal producto de las presiones altas no controladas representa un riesgo superior para el desarrollo de IC, específicamente en el caso de arterias de menor diámetro presentan una menor elasticidad y generaría que la circulación se vea comprometida en todo el organismo. (39)

El manejo comprende una mejor calidad del estilo de vida e ingesta de medicación, enfocada en el manejo de insuficiencia cardiaca, los hábitos necesarios parten desde la restricción de sodio (sal) en los alimentos, eliminación de tabaquismo, actividad física frecuente, etc. (40)

Tabla de clasificación de presión arterial		
Categoría	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Normal	Inferior a 120	Inferior a 80
Prehipertensión	120-139	80-89

Hipertensión		
Grado 1	140-159	90-99
Grado 2	160 o más	100 o más

Adaptada de *The Seventh Report on the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNCT)*, Publicación NIH N. ° 03-5233, mayo 2003. (41, 42)

2.3. MARCO CONCEPTUAL.

Hipertensión arterial: Podemos considera a la hipertensión arterial como el trastorno o alteración dentro del cual el componente endotelial de los vasos sanguíneos se encuentra expuesto a tensiones elevadas permanentes, dentro del corazón y en dirección a todo el sistema corporal la sangre recorre cada tramo por medio de los vasos sanguíneos. (42)

Medidas de control: Comprenden medidas favorables de los hábitos diarios beneficiosas para pacientes hipertensos disminuyendo la tensión presente en las arterias, involucra la actividad física, ocio, entre otra. (43)

Paciente: Individuo que recibe atención médica, dada por la presencia de enfermedades o por diversos motivos en general (42).

Riesgo: Probabilidad a desarrollar patologías o daños en un individuo o un conjunto de individuos con potencial riesgo a la salud. (45)

Valoración clínica: Procedimientos que favorezcan el alcance del diagnóstico que pueda determinar un determinado estado de salud. (44)



CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño de investigación fue no experimental, (47) puesto que no se manipularon las variables de estudio.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Estudio de investigación básica, de nivel correlacional, de corte trasversal porque Los registros se recopilarán una sola vez y de acuerdo con el tiempo serán datos pasados por lo que fue retrospectivo. (47)

3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN.

El enfoque cuantitativo, ya que se distinguió por la recolección y la evaluación de la información numéricas para estudiar las variables que fueron medibles, utilizando los métodos estadísticos para describir las variables y ser presentadas en tablas de datos estadísticos de múltiple ingreso, puesto que se han relacionado las variables de estudio.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.4.1. Población:

La población elegida estuvo conformada por todas las historias clínicas de pacientes del Centro de Salud Pusi con diagnóstico de hipertensión arterial, según el reporte de la oficina informática de la Red San Román Salud se han atendido en el 2024 en el distrito de Pusi a 59 según la base de datos.

3.4.2. Muestra:

Se trabajó con el total de población, habiendo revisado las historias clínicas con evaluación de presión arterial alta:

.n=59

Criterio de inclusión:

- Expedientes clínicos de personas diagnosticadas con presión arterial alta.
- Historias clínicas con datos completos según los protocolos establecidos de la historia clínica,

Criterio de exclusión:

- Historias clínicas con datos incompletos.
- Historias clínicas con cualquier patología que no registra hipertensión arterial.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Variable 1: Medidas de control.

Técnicas: Análisis documental de las historias clínicas con diagnóstico de hipertensión arterial.

Variable 2:

Técnicas: Análisis documental.

Instrumento:

V1: Ficha de recolección de datos: se ha utilizado un instrumento ya validado, aparte de ello, se hizo validar con tres médicos que trabajan en el hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané

Se han agrupado según las dimensiones:

Medidas de Control: Aspectos generales (edad y sexo)

Valoración Clínica: IMC, perímetro abdominal, dislipidemia, glucosa sérica en ayunas, edema, cambios en el ritmo cardiaco, adherencia al tratamiento antihipertensivo, complicaciones.

Conductas de riesgo: ingesta de sal en los alimentos, prácticas perjudiciales y ejercicio físico.

V2: Ficha de recolección de datos: Se ha utilizado los parámetros de valoración de presión arterial según el siguiente análisis:

Tabla de clasificación de presión arterial		
Categoría	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Normal	Inferior a 120	Inferior a 80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión		
Grado 1	140-159	90-99
Grado 2	160 o más	100 o más
Adaptada de <i>The Seventh Report on the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNCT)</i> , Publicación NIH N. ° 03-5233, mayo 2003. (41, 42)		

3.6. VALIDACIÓN DE LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.

para la organización, comprensión y examen de los datos recolectados se aplicará el test estadístico de chi cuadrado

El puntaje de X^2 se localiza en la tabla estadística de independencia Chi-Cuadrado de distribución acumulada con la información siguiente:

Mediante la ecuación siguiente:

$$X^2_{calc.} = \frac{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k [(O_{ij} - e_{ij})^2]}{e_{ij}}$$

3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

3.7.1. Validación.

Por medio del juicio de expertos, se solicitó a 03 profesionales quienes ayudaron a mejorar los instrumentos, en la verificación de los instrumentos para su uso correspondiente, coincidiendo en la valoración de visto bueno.

3.7.2. Confiabilidad.

La fiabilidad alcanza un 95% de confianza de acuerdo al método del alfa de Cronbach aplicado con la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	59	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	59	100,0



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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.893	14

3.8. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Se solicitó permiso al Centro de Salud Pusi, para poder recolectar la información según lo planificado.

Se hizo la coordinación con la jefatura de estadística para poder revisar los expedientes médicos de los usuarios con diagnóstico de presión arterial elevada.

Se revisó todas las historias clínicas para poder analizar los datos solicitados en la operacionalización de variables.

Se construyó un registro de información para elaborar los cuadros y su respectivo análisis para el informe final del borrador de tesis.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo general planteado en el estudio fue: Determinar las medidas de control relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Las medidas de control están relacionadas con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi, Huancané 2025, todas las variables examinadas resultaron relevantes, por lo tanto, se aprueba la hipótesis propuesta en este estudio.



Tabla 01. Edad y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Edad	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
40 a 50 años	4	6.78	1	1.69	0	0.00	5	8.47
50 a 60 años	0	0.00	3	5.08	2	3.39	5	8.47
Mas de 60 años	0	0.00	26	44.07	23	38.98	49	83.05
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

$X^2_{cal} = 46,632$

$p = 0,000$

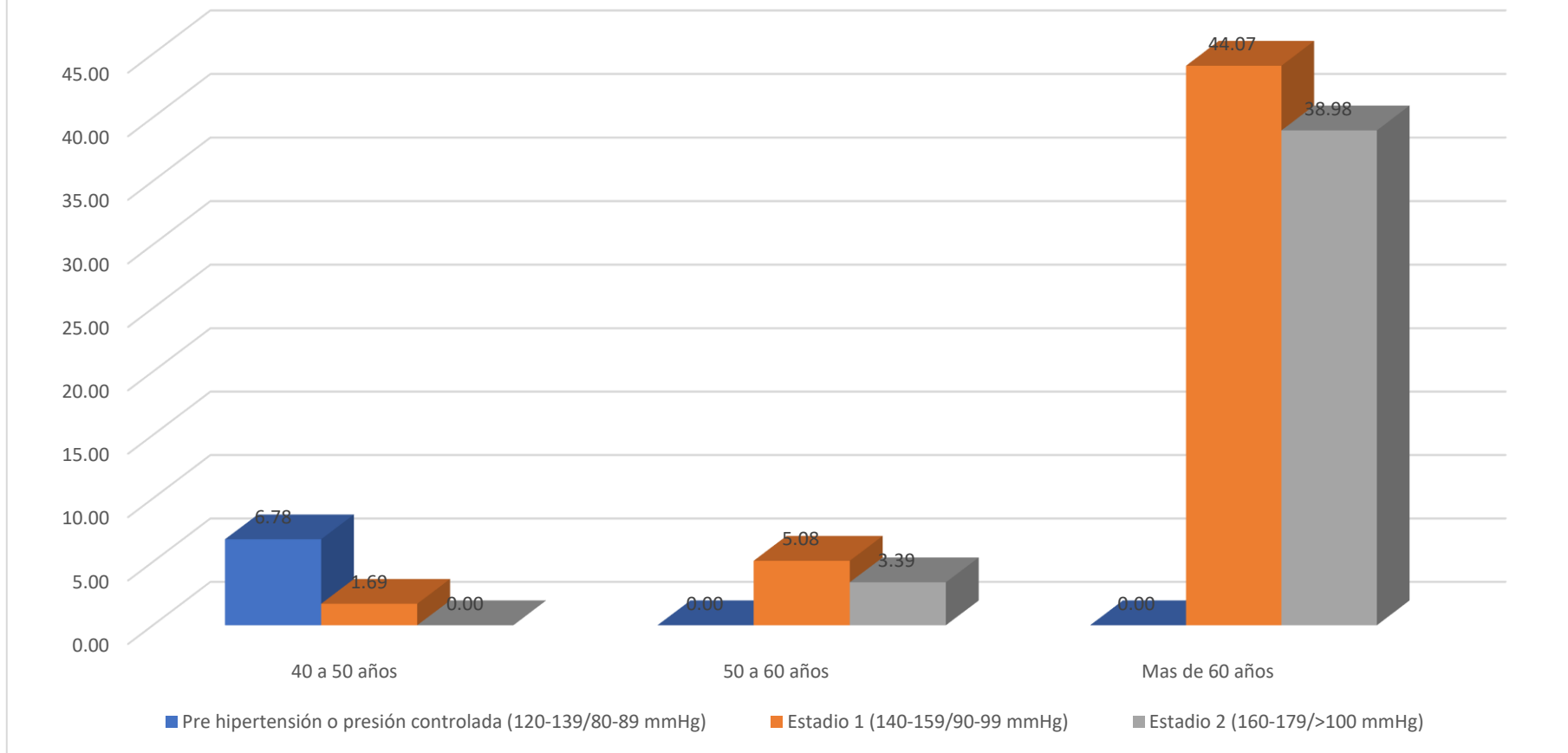
ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 9,488$

$gl = 4$



Figura 01. Edad y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.



Fuente: tabla 01.



El primer objetivo particular es: Detallar los elementos generales relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi.

En la figura y tabla 01 se examina la edad, en la que observamos que el 83,05% tienen más de 60 años, el 8,47% tienen de 50 a 60 años, el 8,47% tienen de 40 a 50 años.

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/>100 mmHg) 38,98% tienen más de 60 años, el 3,39% tienen 50 a 60 años; de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 44,07% tienen más de 60 años, el 5,08% tienen de 50 a 60 años, el 1,69% tienen de 40 a 50 años; de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% tienen de 40 a 50 años.

Para verificar la hipótesis formulada, se utilizó el método del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=46,632$ mayor que $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,000$ es relevante, la edad tiene relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Acosta et al (8) concluyeron: Que pacientes hipertensos con edades superiores a los 18 años que conforman el grupo de monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA), el hábito tabáquico en los pacientes fue observado en el 14,6%, pudo observarse valores de presión arterial durante el día con mayor elevación tanto sistólica como diastólica para los fumadores ($p=0.204$, $p=0.087$, respectivamente), fue accesible entonces evidenciar una asociación significativa dado para hipertensión arterial nocturna con el desarrollo de diabetes mellitus aunado a un elevado índice de masa corporal. Con resultados similares, por la recurrencia de las patologías crónico degenerativas.



Tabla 02. Sexo y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Sexo de los pacientes	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Femenino	4	6.78	10	16.95	3	5.08	17	28.81
Masculino	0	0.00	20	33.90	22	37.29	42	71.19
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

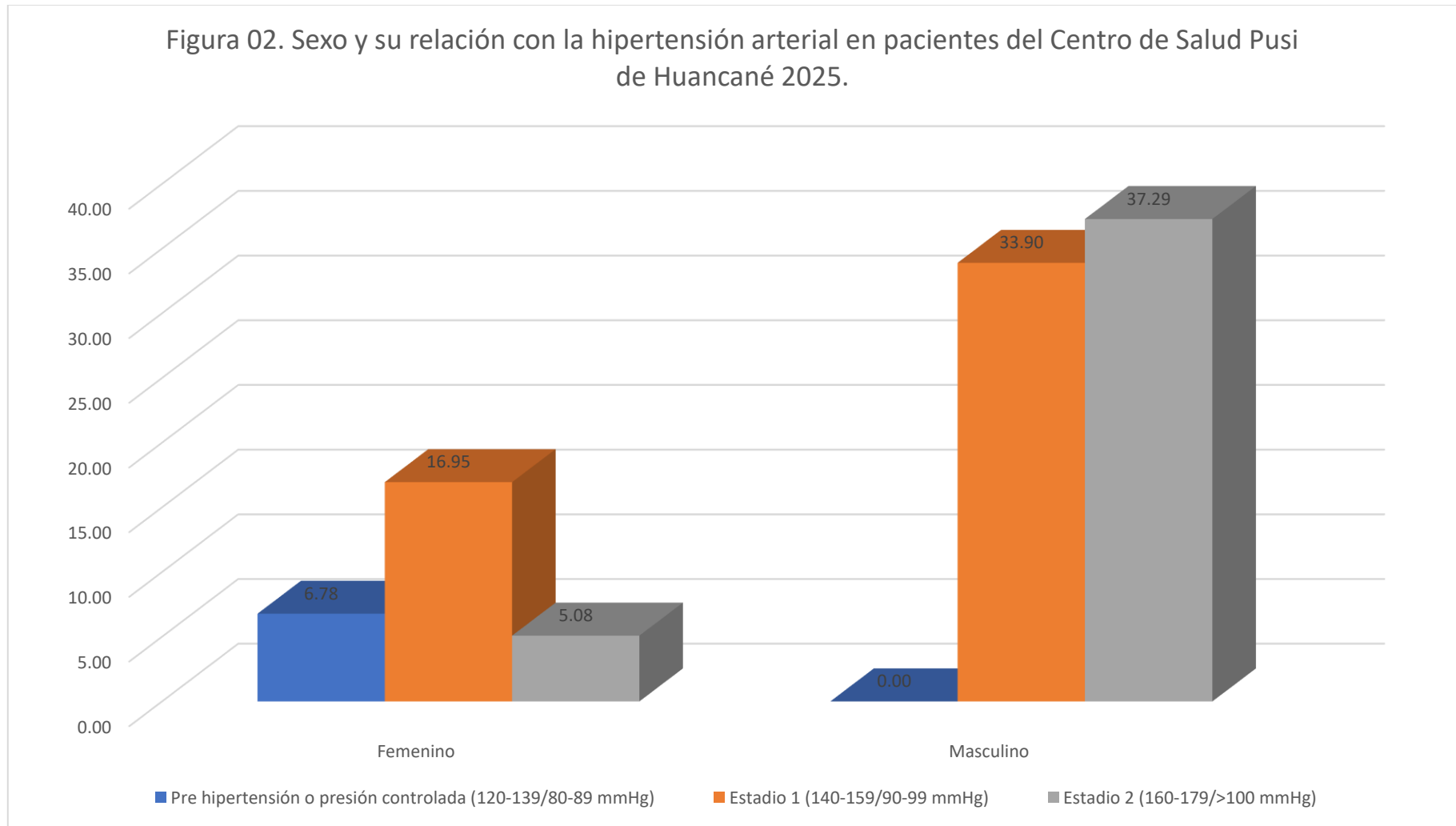
$X^2_{cal} = 13,627$

$p = 0,001$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 5,991$

$g/ = 2$



Fuente: tabla 02.



En la tabla y figura 02 se analiza el sexo de los pacientes, donde observamos que el 71,19% los pacientes son de sexo masculino, el 28,81% los pacientes son de sexo femenino

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/>100 mmHg) 37,29% los pacientes son de sexo masculino, el 5,08% los pacientes son de sexo femenino; de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 33,90% los pacientes son de sexo masculino, el 16,95% los pacientes son de sexo femenino; de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% los pacientes son de sexo femenino

A la comprobación de la hipótesis planteada se trabajó con la prueba del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=13,627$ mayor que $X^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,001$ es significativa, el sexo tiene relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Alvarado (7) concluyó que: considerando una totalidad de 100 pacientes, acorde al sexo fueron mujeres un 61% y un restante de 31% de hombres, hablando al apoyo global socio familiar se presentó en un 84% con estándares normales y de carácter escaso al 16%, siendo así el sector etario con menor apoyo dentro de los 40 a 50 años del 25%, se reflejó a su vez que se obtuvo un mejor apoyo en el 83,6% de mujeres en comparación al sector masculino donde presentaron un apoyo mejor confidencial del 82%.

Alvarado presentó en el estudio el predominio en la población femenina de enfermedades hipertensivas contrastadas con la población masculina, en el presente estudio evidenciamos relevancia en el sector masculino.



Tabla 03. IMC y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

IMC de los pacientes	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Normal (18,5 – 24)	4	6.78	8	13.56	0	0.00	12	20.34
Sobre peso (>=25)	0	0.00	13	22.03	7	11.86	20	33.90
Obesidad (>30)	0	0.00	9	15.25	18	30.51	27	45.76
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

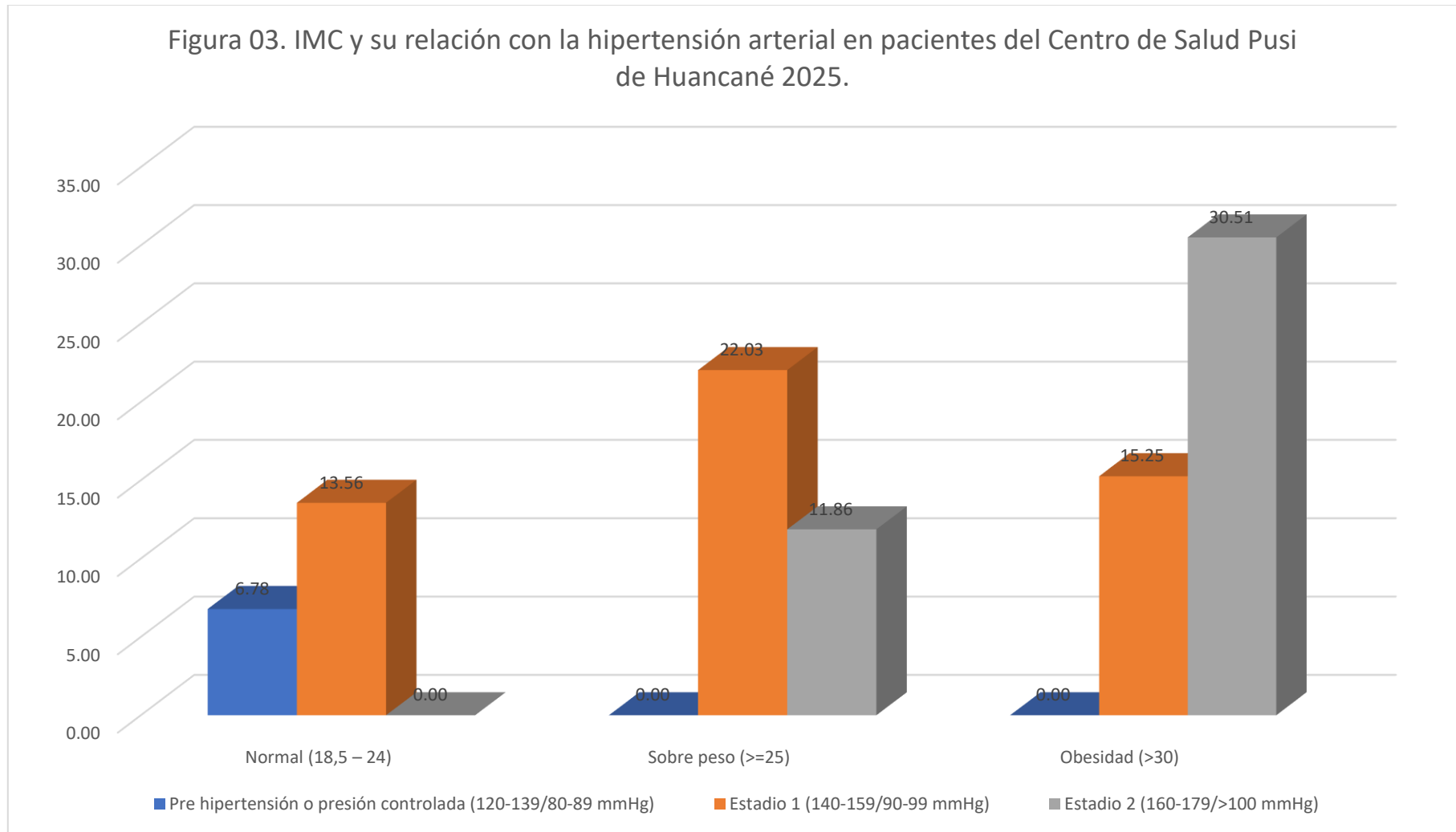
$X^2_{cal} = 27,776$

$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 9,488$

$gl = 4$



Fuente: tabla 03.



El segundo objetivo específico planteado es: Precisar la valoración clínica relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi.

En la tabla y figura 03 se analiza el IMC de los pacientes, donde observamos que el 45,76% tiene un IMC en obesidad (>30), el 33,90% tiene un IMC en sobre peso (≥ 25), el 20,34% tiene un IMC normal (18,5 – 24)

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/ >100 mmHg) 30,51% tiene un IMC en obesidad (>30), el 11,86% tiene un IMC en sobre peso (≥ 25); de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 22,03% tiene un IMC en sobre peso (≥ 25), el 15,25% tiene un IMC en obesidad (>30), el 13,56% tiene un IMC normal (18,5 – 24); de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% tiene un IMC normal (18,5 – 24)

A la comprobación de la hipótesis planteada se trabajó con la prueba del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=27,776$ mayor que $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,000$ es significativa, el IMC tiene relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Cruz (19) concluyó que: para el 10,3% de los pacientes presentó una frecuencia elevada respecto al riesgo cardiovascular, realizar labores sedentarias ($p:0,003$), ingesta alcohólica como hábito ($p<0,001$) y tener un hábito de consumo de tabaco ($p<0,001$). Al realizar el análisis de determinantes antropométricos se tomó en cuenta el IMC; dando como evidencia ser determinantes significativos estadísticamente el sobrepeso grado I con notable asociación ($p<0,048$).

El sobrepeso en adultos a nivel de todo el Perú representa más del 50% localizándose dentro de la población como riesgo importante.



Tabla 04. Perímetro abdominal y su relación con la presión arterial elevada en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Perímetro abdominal	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Mujeres normal <88 cm	4	6.78	2	3.39	0	0.00	6	10.17
Mujeres anormal > 88 cm	0	0.00	8	13.56	3	5.08	11	18.64
Hombres normal < 102 cm	0	0.00	4	6.78	2	3.39	6	10.17
Hombres anormal > 102 cm	0	0.00	16	27.12	20	33.90	36	61.02
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

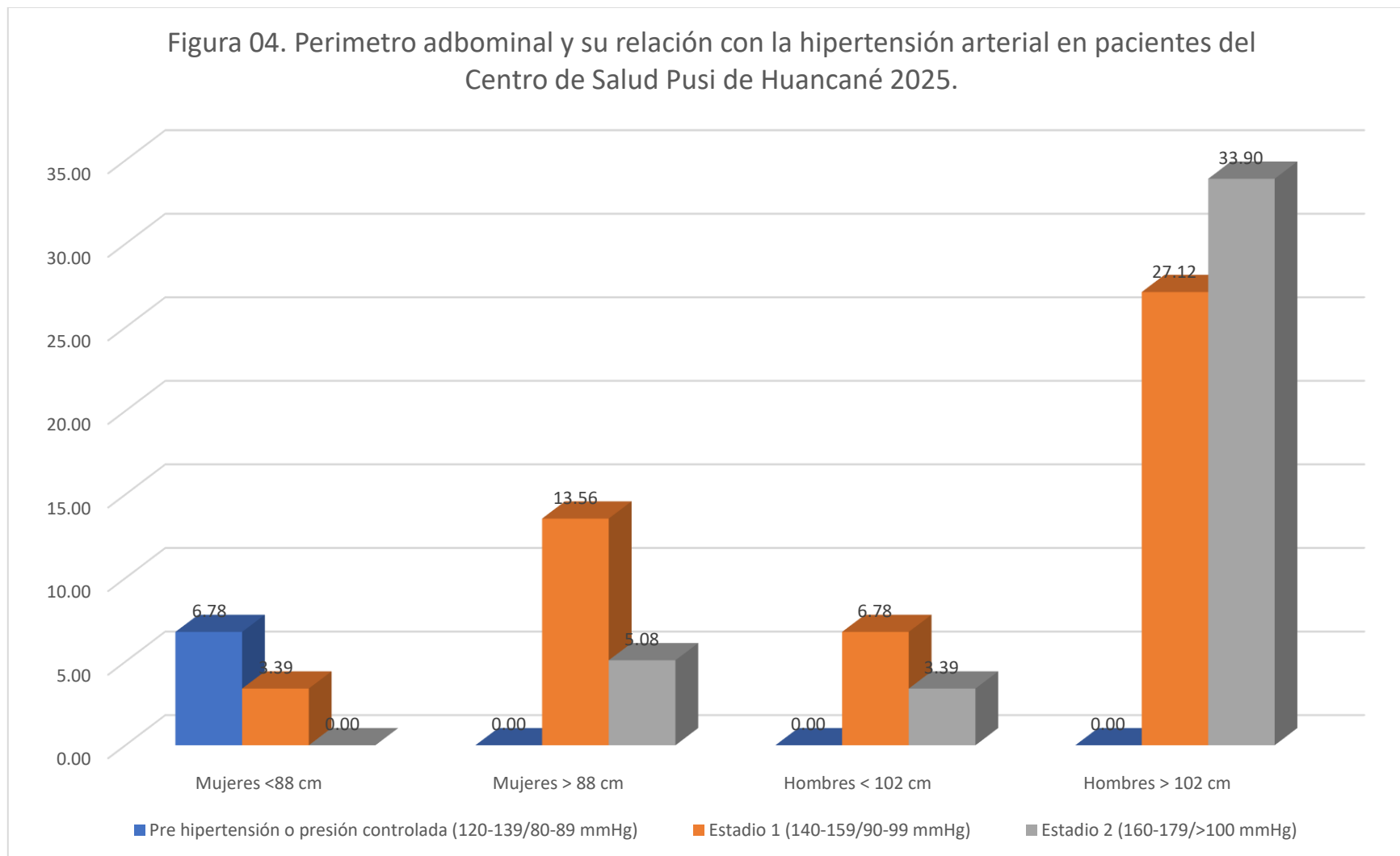
$X^2_{cal} = 42,043$

$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 12,592$

$gl = 6$



Fuente: tabla 04.



En la tabla y figura 04 se analiza el perímetro abdominal de los pacientes, donde observamos que el 61,02% tiene un perímetro abdominal hombres < 102 cm, el 18,64% tiene un perímetro abdominal mujeres > 88 cm, el 10,17% tiene un perímetro abdominal hombres < 102 cm, el 10,17% tiene un perímetro abdominal mujeres < 88 cm.

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/>100 mmHg) 33,90% tiene un perímetro abdominal hombres < 102 cm, el 5,08% tiene un perímetro abdominal mujeres > 88 cm, el 3,39% tiene un perímetro abdominal hombres < 102 cm; de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 27,12% tiene un perímetro abdominal hombres < 102 cm, el 13,56% tiene un perímetro abdominal mujeres > 88 cm, el 6,78% tiene un perímetro abdominal hombres < 102 cm; de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% tiene un perímetro abdominal mujeres < 88 cm.

A la comprobación de la hipótesis planteada se trabajó con la prueba del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=42,043$ mayor que $X^2_{tab}=12,592$, $gl=6$, $p=0,000$ es significativa, el perímetro abdominal tiene relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Leyva y Payehuanca (18) concluyeron: que los valores antropométricos analizados presentaron dentro de lo obtenido un 48,7% con sobrepeso y con obesidad grado I el 20,6%, por su parte la circunferencia abdominal fue elevada para el 43,5%, otro valor evidenciado alto fue del 72,5% de índice cintura cadera, por su parte un 77,5% fue elevado a la medición de índice cintura talla.



Tabla 05. Dislipidemias y su relación con la presión arterial elevada en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Dislipidemias	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Colesterol total > 200 mg/dl	4	6.78	2	3.39	0	0.00	6	10.17
Triglicéridos >150 mg/dl	0	0.00	12	20.34	1	1.69	13	22.03
Mas de dos valores	0	0.00	16	27.12	24	40.68	40	67.80
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

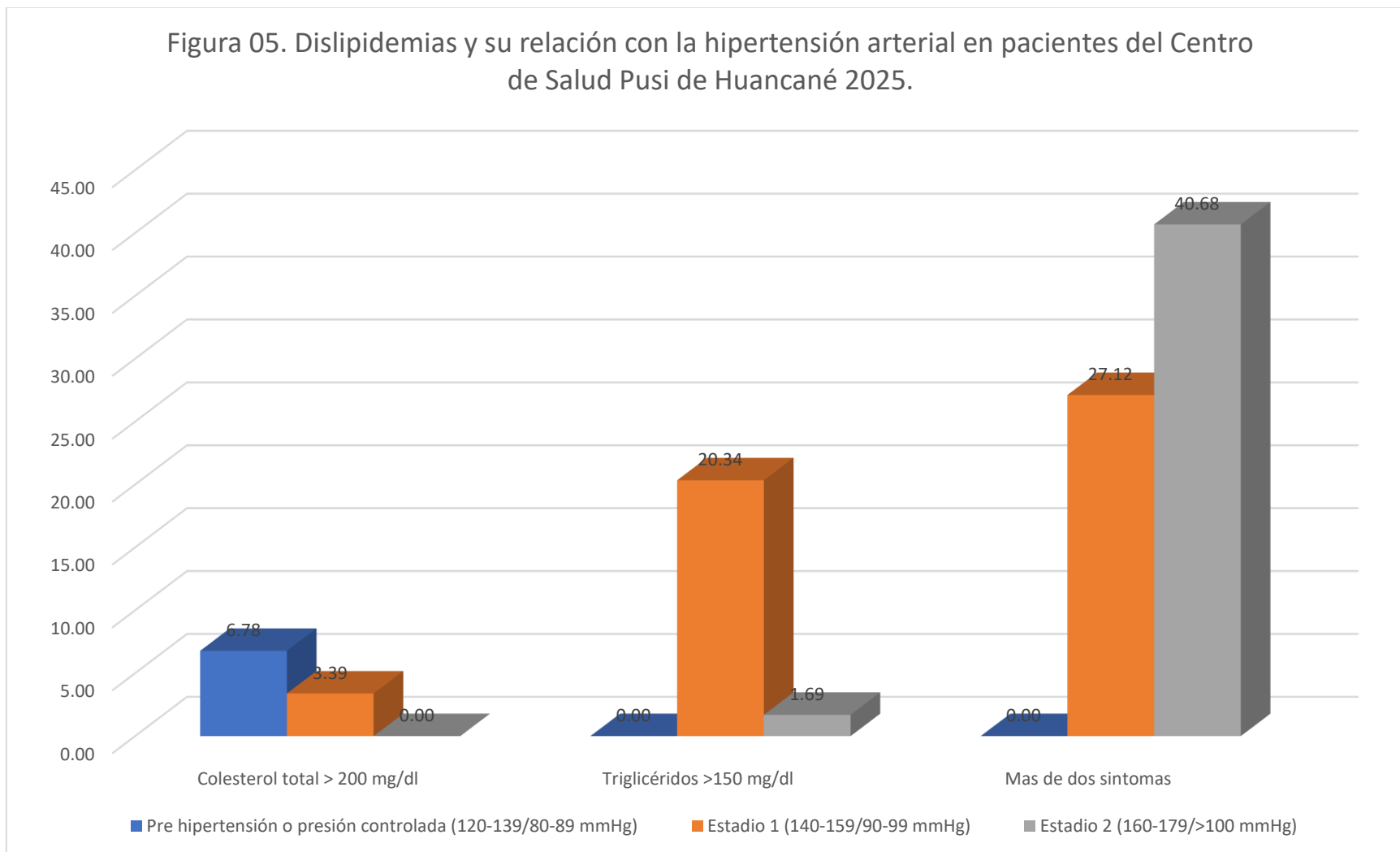
$$X^2_{cal} = 50,181$$

$$p = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$gl = 4$$



Fuente: tabla 05.



En la tabla y figura 05 se analiza las dislipidemias de los pacientes, donde observamos que el 67,80% presenta más de dos síntomas, el 22,03% presenta triglicéridos >150 mg/dl, el 10,17% presenta colesterol total > 200mg/dl

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/>100 mmHg) 40,68% presenta más de dos síntomas, el 1,69% presenta triglicéridos >150 mg/dl; de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 27,12% presenta más de dos síntomas, el 20,34% presenta triglicéridos >150 mg/dl, el 3,39% presenta colesterol total > 200mg/dl; de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% presenta colesterol total > 200mg/dl

A la comprobación de la hipótesis planteada se trabajó con la prueba del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=50,181$ mayor que $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,000$ es significativa, las dislipidemias tienen relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Cruz (5) ha concluido que: dado que un seguimiento mucho más óptimo de la presión arterial culminaría con una reducción de los elevados costos que comprende el tratamiento a largo plazo de los resultados desfavorables que podrían resultar en complicaciones (retinopatía hipertensiva, infarto agudo al miocardio, patologías vasculares cerebrales, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca, etc.) además de potencial el sector de prevención primaria.



Tabla 06. Glucosa sérica en ayunas y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Glucosa sérica en ayunas	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Menor de 100 mg/dl	4	6.78	20	33.90	5	8.47	29	49.15
Mayor a 100 mg/dl	0	0.00	10	16.95	20	33.90	30	50.85
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

$X^2_{cal} = 16,321$

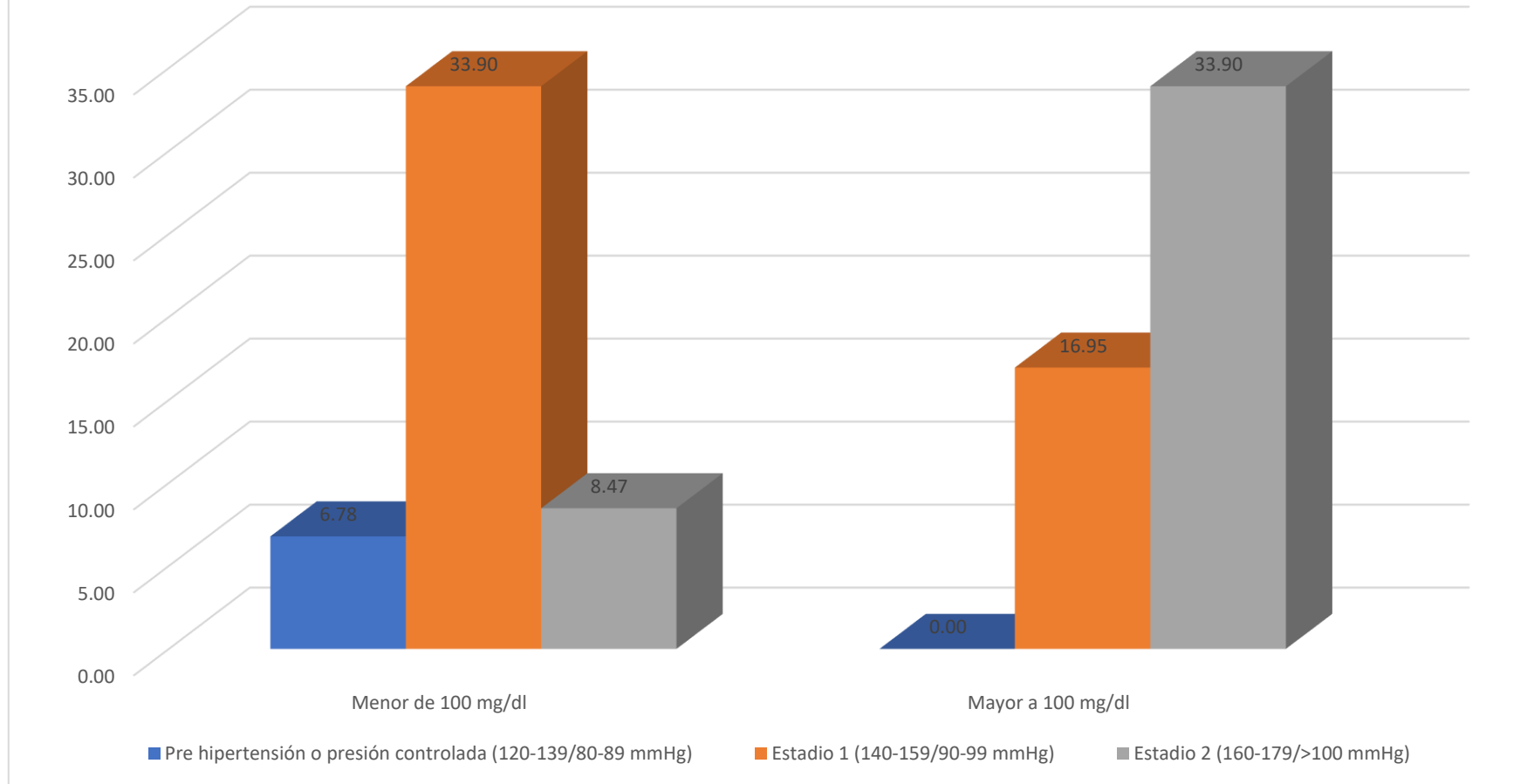
$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 5,991$

$gl = 2$

Figura 06. Glucosa serica en ayunas y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.



Fuente: tabla 06.



En la tabla y figura 06 se analiza la glucosa sérica en ayunas de los pacientes, donde se observa que el 50,85% presenta una glucosa mayor a 100 mg/dl, el 49,15% presenta una glucosa menor de 100 mg/dl.

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/>100 mmHg) 33,90% presenta una glucosa mayor a 100 mg/dl, el 8,47% presenta una glucosa menor de 100 mg/dl; de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 33,90% presenta una glucosa menor de 100 mg/dl, el 16,95% presenta una glucosa mayor a 100 mg/dl; de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% presenta una glucosa menor de 100 mg/dl.

La hipótesis planteada se trabajó con la prueba del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=16,321$ mayor que $X^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, la glucosa sérica en ayunas tiene relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Mestas (10) ha concluido que: el grado de adherencia, así como los factores que presentan asociación a las terapias farmacológicas en pacientes hipertensos y diabéticos, los factores analizados el 67,4% lo conformo el grupo de sexo femenino, indicaron presentar una pareja el 63%, el grado de instrucción fue de un 59,8% para un nivel primario; considerando al grupo que presentaba el diagnostico de diabetes tipo 2, los factores determinantes fueron encontrarse sin pareja, grado de instrucción secundario y presentar un rango de conocimientos sobre apego al tratamiento alto.



Tabla 07. Edema y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Edema	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
No presenta edema	4	6.78	13	22.03	2	3.39	19	32.20
Miembros inferiores	0	0.00	11	18.64	6	10.17	17	28.81
Nivel sistémico	0	0.00	6	10.17	17	28.81	23	38.98
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

$X^2_{cal} = 23,139$

$p = 0,000$

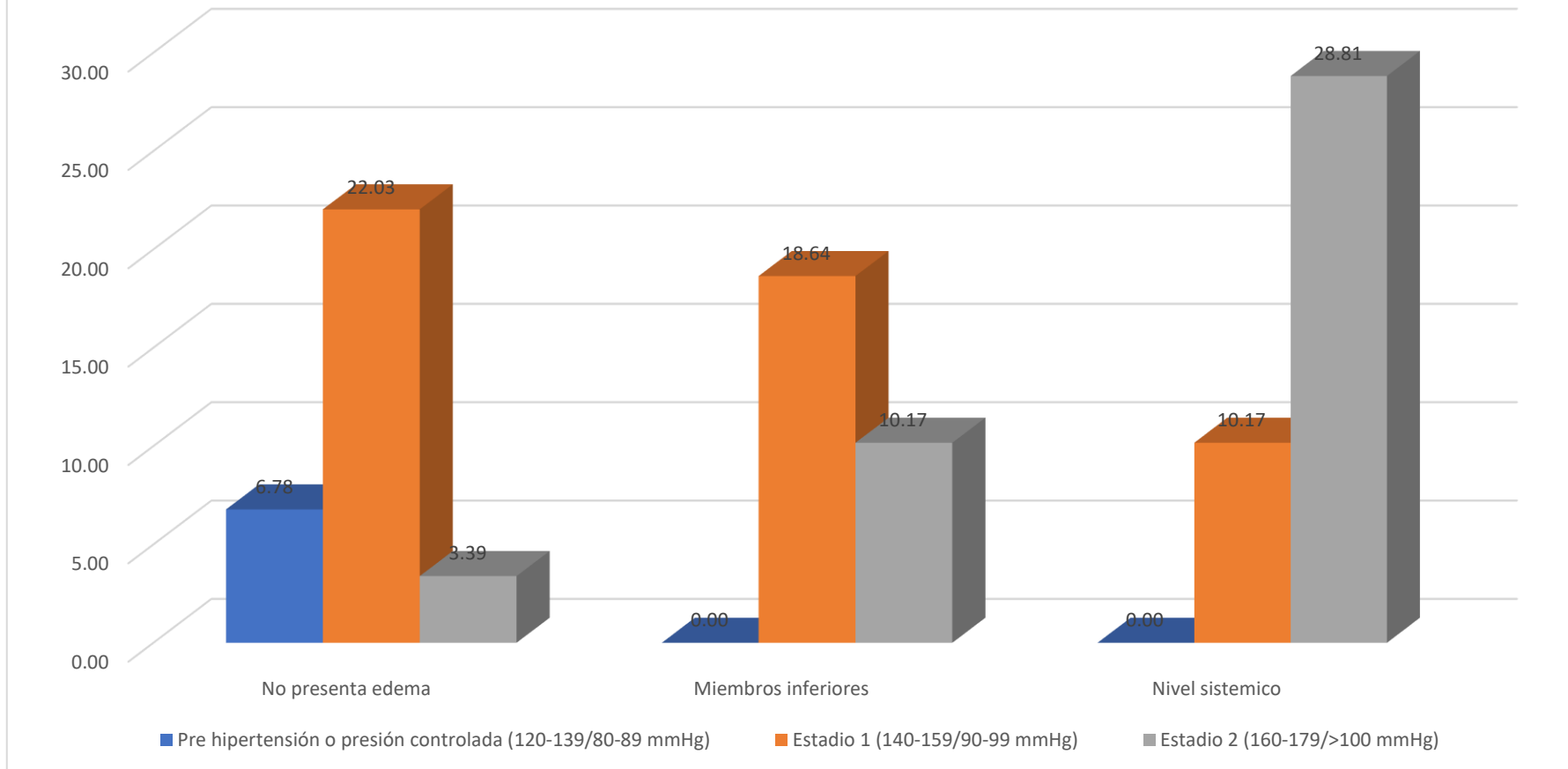
ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 9,488$

$gl = 4$



Figura 07. Edema y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.



Fuente: tabla 07.

En la tabla y figura 07 se analiza el edema de los pacientes, donde observamos que el 38,98% tiene edemas a nivel sistémico, el 32,20% no presenta edemas, el 28,81% tiene edemas en miembros inferiores.

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/>100 mmHg) 28,81% tiene edemas a nivel sistémico, el 10,17% no presenta edemas, el 3,39% tiene edemas en miembros inferiores; de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 22,03% no presenta edemas, el 18,64% tiene edemas en miembros inferiores, el 10,17% tiene edemas a nivel sistémico; de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% no presenta edemas.

A la comprobación de la hipótesis planteada se trabajó con la prueba del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=23,139$ mayor que $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,000$ es significativa, el edema tiene relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Giralt, Rojas, Leiva, (9) concluyeron que: La proteína espícula (S) mediante el cual el coronavirus realiza su unión a las células diana correspondiente, presentado en la superficie la unidad S1 pasa a acoplarse a la enzima convertidora de angiotensina 2 presentado como receptor, acorde a la literatura consultada se observa la evidente relación que presentó la Hipertensión arterial que conllevó a un curso poco favorable en pacientes con COVID-19.



Tabla 08. Cambios en el ritmo cardiaco y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Cambios en el ritmo cardiaco	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
No presenta	4	6.78	20	33.90	4	6.78	28	47.46
Agotamiento y falta de fuerza	0	0.00	9	15.25	12	20.34	21	35.59
Más de dos síntomas	0	0.00	1	1.69	9	15.25	10	16.95
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

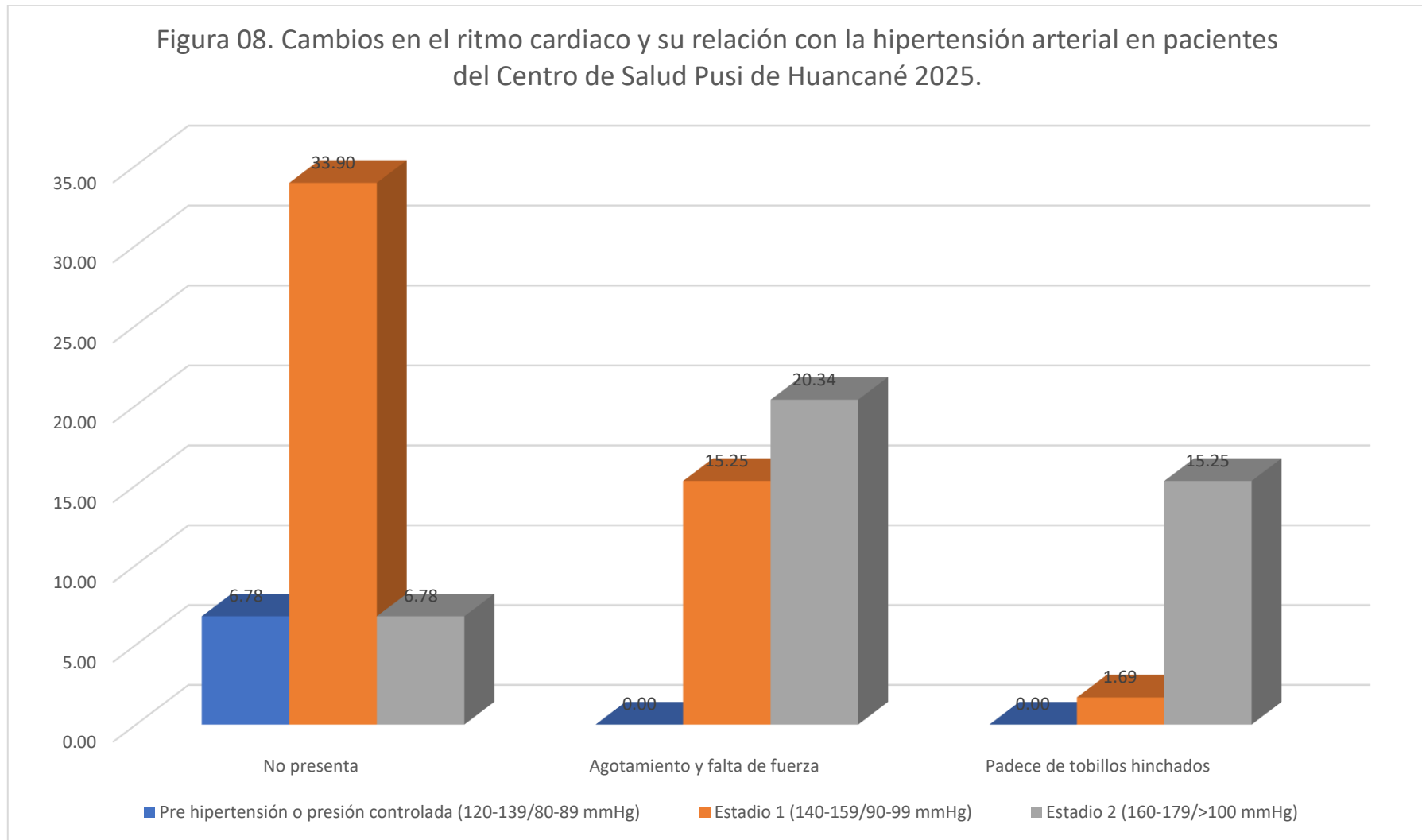
$$X^2_{cal} = 21,954$$

$$p = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$gl = 4$$



Fuente: tabla 08



En la tabla y figura 08 se analiza los cambios en el ritmo cardiaco de los pacientes, donde observamos que el 47,46% no presenta cambios en el ritmo cardiaco, el 35,59% presenta agotamiento y falta de fuerza, el 16,95% padece de tobillos hinchados.

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/>100 mmHg) 20,34% presenta agotamiento y falta de fuerza, el 15,25% padece de tobillos hinchados, el 6,78% no presenta cambios en el ritmo cardiaco; de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 33,90% no presenta cambios en el ritmo cardiaco, el 15,25% presenta agotamiento y falta de fuerza, el 1,69% padece de tobillos hinchados; de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% no presenta cambios en el ritmo cardiaco.

A la comprobación de la hipótesis planteada se trabajó con la prueba del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=21,954$ mayor que $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,000$ es significativa, los cambios, en el ritmo cardiaco tiene relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Fernández y Vilchez (11) han concluido que: la calidad de vida presenta relación con el desarrollo de hipertensión arterial dando señales de una correlación optima en grado moderado respecto al manejo de las variables ($r = 0,334$) ($p = 0,000$), por su parte la calidad física asociada a la presencia de hipertensión arterial resulta con óptimos niveles de asociación de grado moderado ($r = 0,309$) ($p = 0,000$), tratando a su vez la calidad psicológica como la hipertensión resulto igualmente positiva ($r = 0,257$) ($p = 0,003$), finalmente la calidad social respecto a la hipertensión resulta con una correlación con niveles de grado fuerte y notable significancia ($r = 0,986$) ($p = 0,011$).



Tabla 09. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Adherencia	4	6.78	28	47.46	3	5.08	35	59.32
No adherencia	0	0.00	2	3.39	22	37.29	24	40.68
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

$$X^2_{cal} = 40,324$$

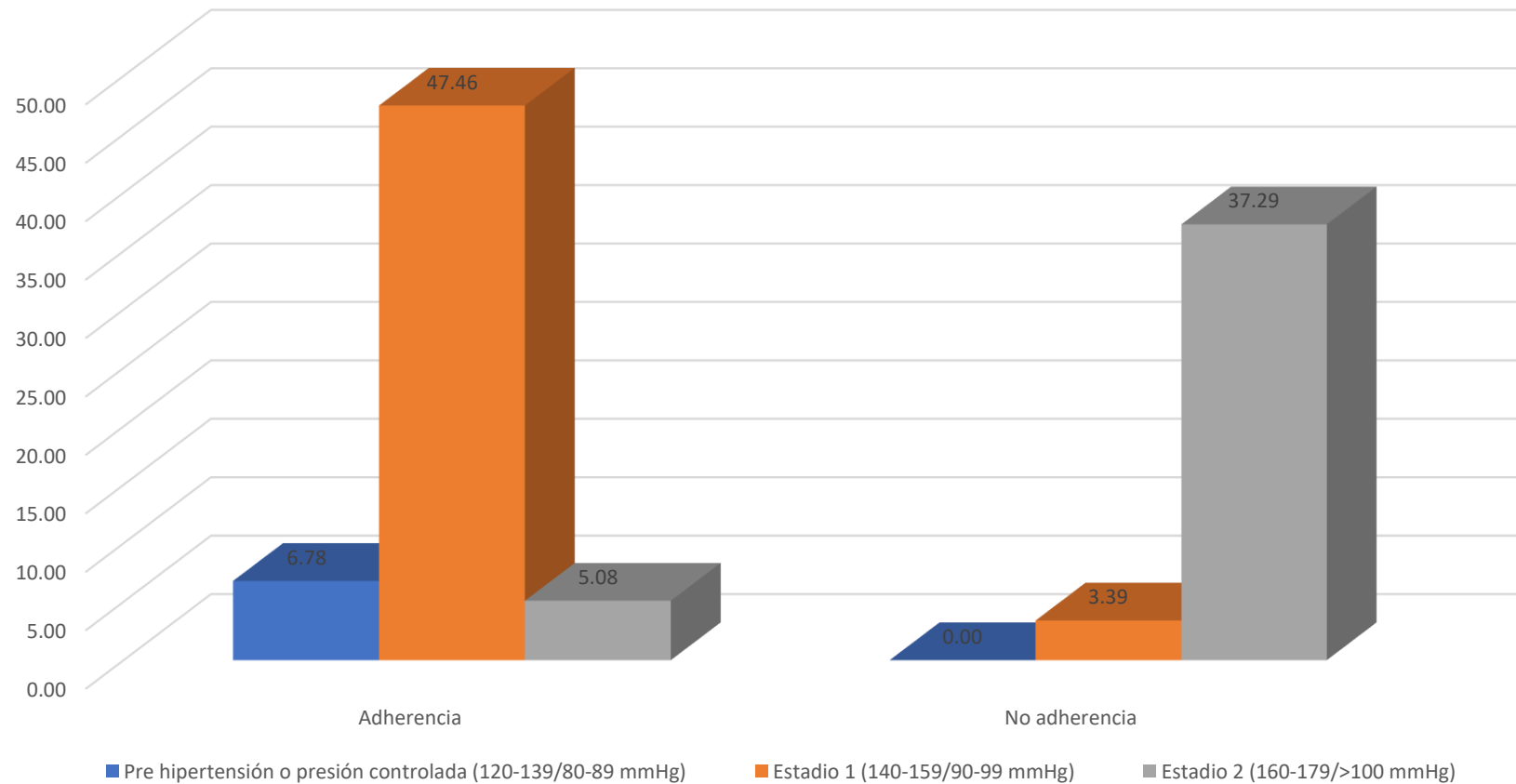
$$p = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 5,991$$

$$gl = 2$$

Figura 09. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.



Fuente: tabla 09.



En la tabla y figura 09 se analiza la adherencia al tratamiento antihipertensivo de los pacientes, donde se observa que el 59,32% si presenta adherencia, el 40,68% no presenta adherencia.

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/>100 mmHg) 37,29% si presenta adherencia, el 5,08% no presenta adherencia; de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 47,46% si presenta adherencia, el 3,39% no presenta adherencia; de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% si presenta adherencia.

A la comprobación de la hipótesis planteada se trabajó con la prueba del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=40,324$ mayor que $X^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, la adherencia al tratamiento antihipertensivo tiene relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Cutipa (15) han concluido que: socioeconómicos (p valor = 0,017), como aquellos factores del proveedor respecto al sistema y equipamiento de salud (p valor = 0,000), la adherencia terapéutica (p valor = 0,000) y los relacionados al paciente (p valor = 0,009) tienen relacion con la adherencia al tratamiento, la adherencia terapéutica de la poblacion de adultos como de la tercera edad un 50,6% no alcanzaron una adherencia ideal.



Tabla 10. Complicaciones y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Complicaciones	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
No presenta	4	6.78	22	37.29	4	6.78	30	50.85
riesgo de desencadenar complicaciones	0	0.00	8	13.56	21	35.59	29	49.15
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

$$X^2_{cal} = 22,083$$

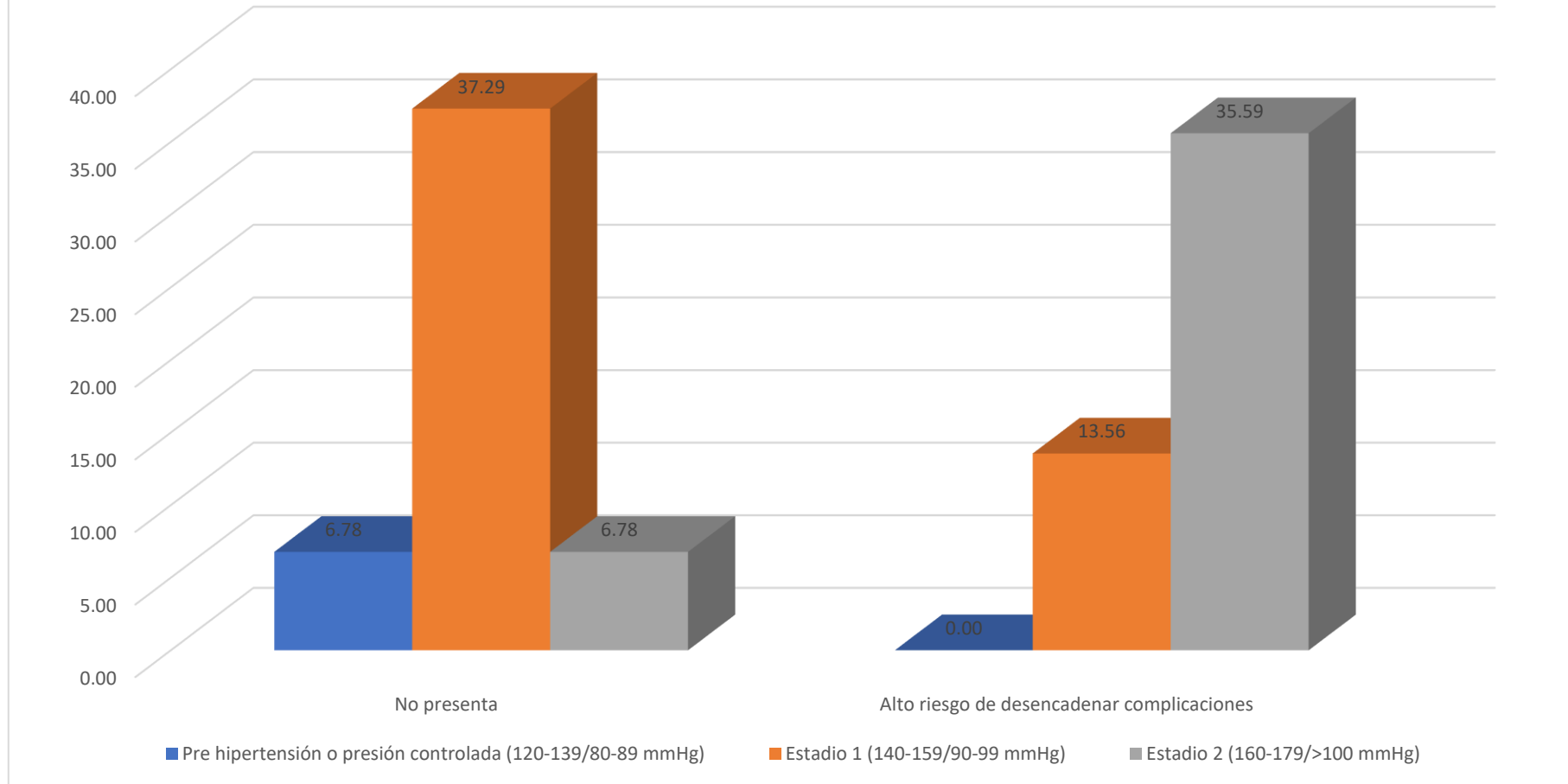
$$p = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 5,991$$

$$gl = 2$$

Figura 10. Complicaciones y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.



Fuente: tabla 10.



En la tabla y figura 10 se analiza las complicaciones de los pacientes, donde observamos que el 50,85% no presenta complicaciones, el 49,15% tiene alto riesgo de desencadenar complicaciones.

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/>100 mmHg) 35,59% tiene alto riesgo de desencadenar complicaciones, el 6,78% no presenta complicaciones; de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 37,29% no presenta complicaciones, el 13,56% tiene alto riesgo de desencadenar complicaciones; de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% no presenta complicaciones.

A la comprobación de la hipótesis planteada se trabajó con la prueba del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=22,083$ mayor que $X^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, las complicaciones tienen relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Contreras, Senmache (13) han concluido que: se vio que el nivel de conocimientos respecto a hipertensión arterial fue predominando por un 44% de nivel medio en el sector adulto mayor, para el hecho de aplicar los conocimientos respecto a hábitos saludables en su vida el 56% presentó que a veces las llego a desarrollar cuando se trataba de su alimentación, para la actividad física un 59% tuvo una frecuencia de a veces igualmente, un 91% se vio con óptimos estándares emocionales y que finalmente la adherencia terapéutica fue del 91% denotada como a veces, cuando se trataron estilos de vida no saludables, poca frecuencia de consumo de tabaco un 53%, no ingiere alcohol 41%, sedentarismo a veces el 53%, la depresión se presentó a veces en el 75% así como también un 75% a veces no tuvo un seguimiento del tratamiento.



Tabla 11. Consumo de sal en comidas y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huanané 2025.

Consumo de sal en comidas	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Bajo en sal	4	6.78	16	27.12	1	1.69	21	35.59
Lo normal	0	0.00	14	23.73	24	40.68	38	64.41
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

$X^2_{cal} = 22,242$

$p = 0,000$

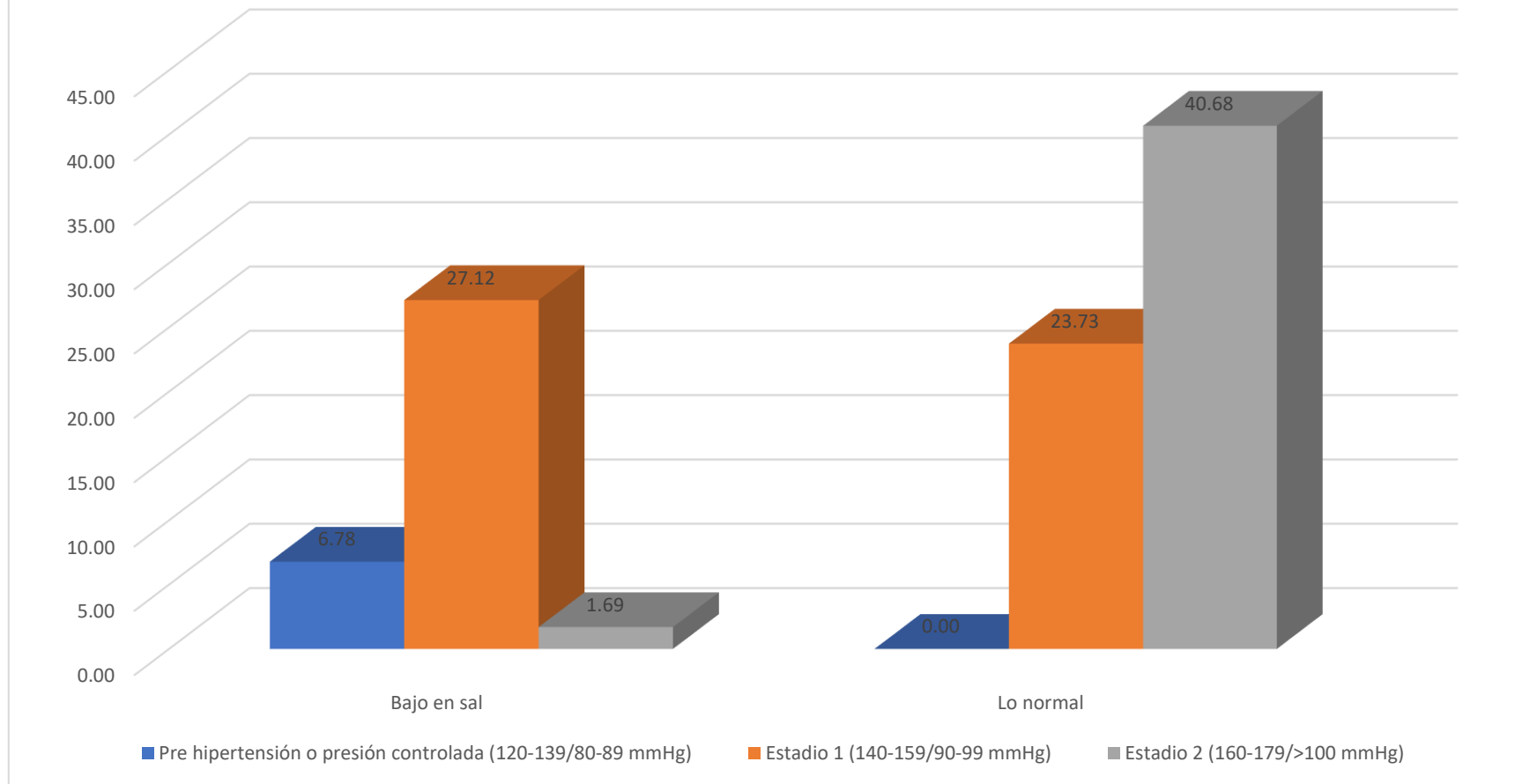
ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 5,991$

$g/ = 2$



Figura 11. Consumo de sal en comidas y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancafé 2025.



Fuente: tabla 11.



El tercer objetivo específico planteado es: Identificar las conductas de riesgo que tienen relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi.

En la tabla y figura 11 se analiza el consumo de sal en comidas de los pacientes, donde observamos que el 64,41% consume sal en comidas los normal, el 35,59% consume comidas bajo en sal.

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/>100 mmHg) 40,68% consume sal en comidas los normal, el 1,69% consume comidas bajo en sal; de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 27,2% consume comidas bajo en sal, el 23,73% consume sal en comidas los normal; de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% consume comidas bajo en sal.

A la comprobación de la hipótesis planteada se trabajó con la prueba del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=22,242$ mayor que $X^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, el consumo de sal en comidas tiene relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Díaz (14) ha concluido que: la persistencia identificada en la población adulta como adulta mayor frente al diagnóstico de hipertensión arterial analizada en el servicio de Emergencias del HRDLM fue del 57,3% sin frecuencia constante del control de la presión arterial, siendo la misma un 86% con presiones elevadas, refirieron un 48,7% haber presentado sintomatología asociada a HTA, y del total un 90,7% fue determinante en que no fue parte de programas instructivos que busquen beneficiar y mejorar la calidad y estilo de vida con menores índices de mortalidad, ingestas de sodio en la dieta 50%, no realiza ejercicio 66,7% y el 47,4% es sedentaria.



Tabla 12. Hábitos negativos y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Hábitos negativos	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Ninguno	4	6.78	22	37.29	6	10.17	32	54.24
Consumo de alcohol	0	0.00	8	13.56	19	32.20	27	45.76
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

$$X^2_{cal} = 16,992$$

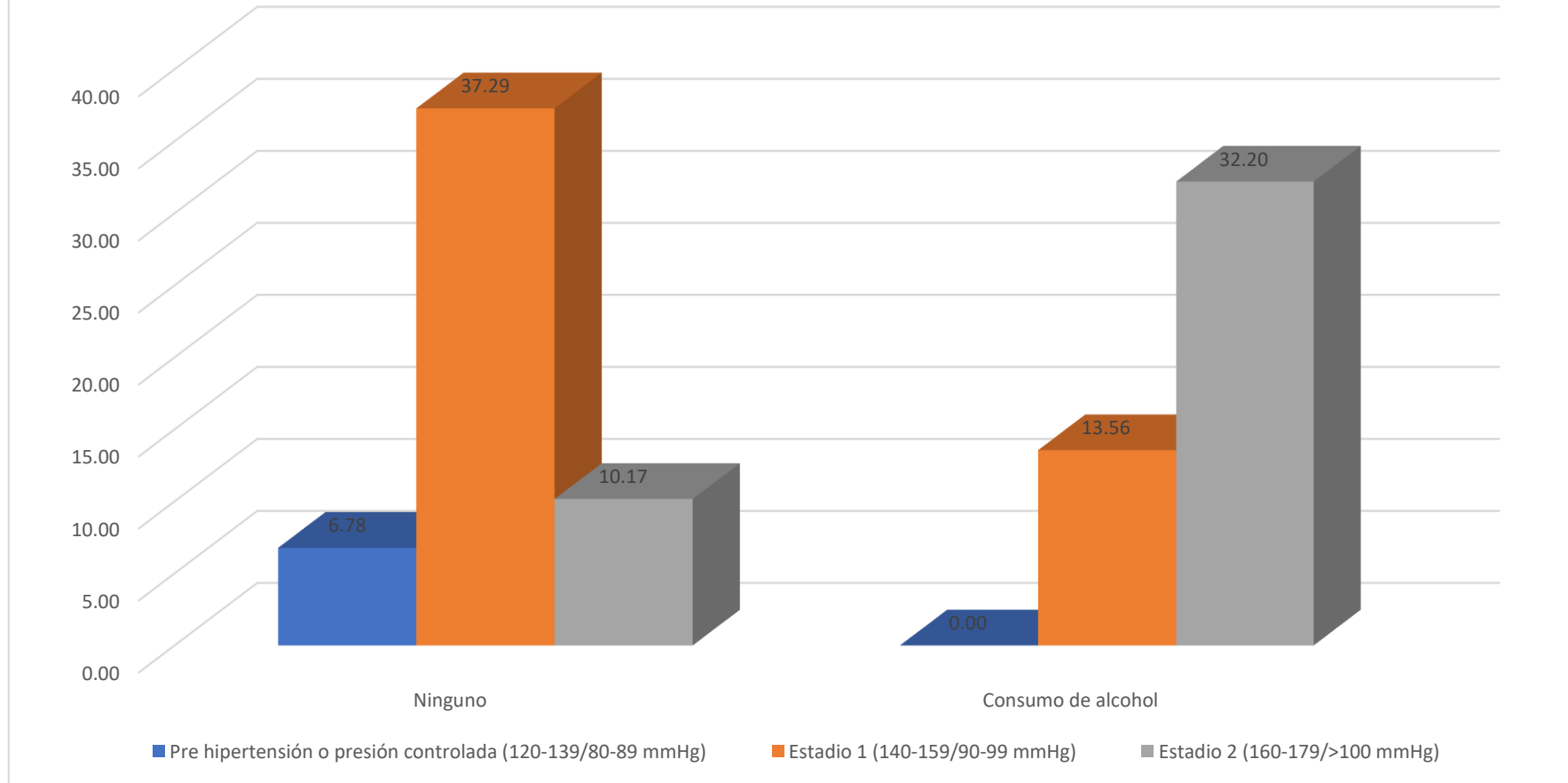
$$p = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 5,991$$

$$gl = 2$$

Figura 12. Hábitos negativos y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.



Fuente: tabla 12.



En la tabla y figura 12 se analiza los hábitos negativos de los pacientes, donde observamos que el 54,24% no tiene ningún habito negativo, el 45,76% consume alcohol.

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/>100 mmHg) 32,20% consume alcohol, el 10,17% no tiene ningún habito negativo; de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 37,29% no tiene ningún habito negativo, el 13,56% consume alcohol; de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% no tiene ningún habito negativo.

A la comprobación de la hipótesis planteada se trabajó con la prueba del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=16,992$ mayor que $X^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, los hábitos negativos tienen relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Ruiz, Carrillo, Bernabé (12) han concluido que: se notó una diferencia dentro de documento nacionales del 20% menor respecto a los subnacionales del 24%, hablando a nivel mundial fue de un 51% cuando se refería al diagnóstico con anterioridad, cerca de un 4,2% para cada 100 personas presento dicha incidencia por año, mediante lo evidenciado es resaltante quede cada cinco peruanos, uno desarrolla la hipertensión, agregándose unos cuatro casos nuevos cada año por cada 100 habitantes.



Tabla 13. Actividad física y su relación con la presión arterial elevada en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

Actividad física	Hipertensión arterial						Total	
	Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)		Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)		Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Pasar menos tiempo sentado	4	6.78	27	45.76	0	0.00	31	52.54
Caminatas, bailar, camina de su casa a la chacra	0	0.00	3	5.08	17	28.81	20	33.90
Dificultades para movilizarme	0	0.00	0	0.00	8	13.56	8	13.56
Total:	4	6.78	30	50.85	25	42.37	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.

$$X^2_{cal} = 48,728$$

$$p = 0,000$$

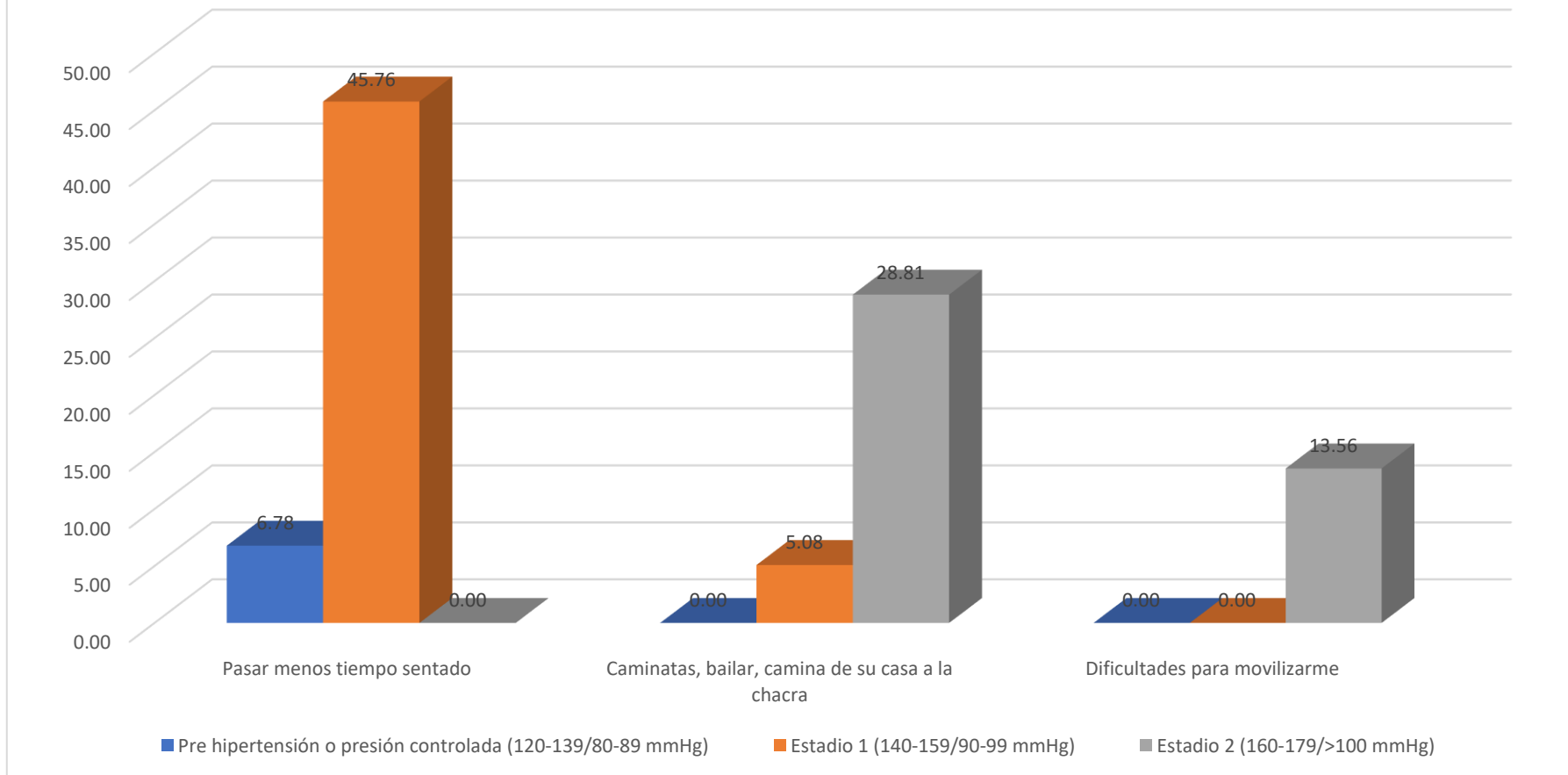
ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$gl = 4$$



Figura 13. Actividad física y su relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.



Fuente: tabla 13.



En la tabla y figura 13 se analiza la actividad física de los pacientes, donde observamos que el 52,54% refiere pasar menos tiempo sentado, el 33,90% refiere caminatas, bailar, camina de su casa a la chacra, el 13,56% refiere dificultad para movilizarse.

De los pacientes que presentan hipertensión arterial estadio 2 (160-179/>100 mmHg) 28,81% refiere caminatas, bailar, camina de su casa a la chacra, el 13,56% refiere dificultad para movilizarse; de los pacientes que presentan hipertensión arterial Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg) el 45,76% refiere pasar menos tiempo sentado, el 5,08% refiere caminatas, bailar, camina de su casa a la chacra; de los pacientes que presentan hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg) 6,78% refiere pasar menos tiempo sentado.

A la comprobación de la hipótesis planteada se trabajó con la prueba del Chi cuadrado, $X^2_{cal}=48,728$ mayor que $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,000$ es significativa, la actividad física si tiene relación con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

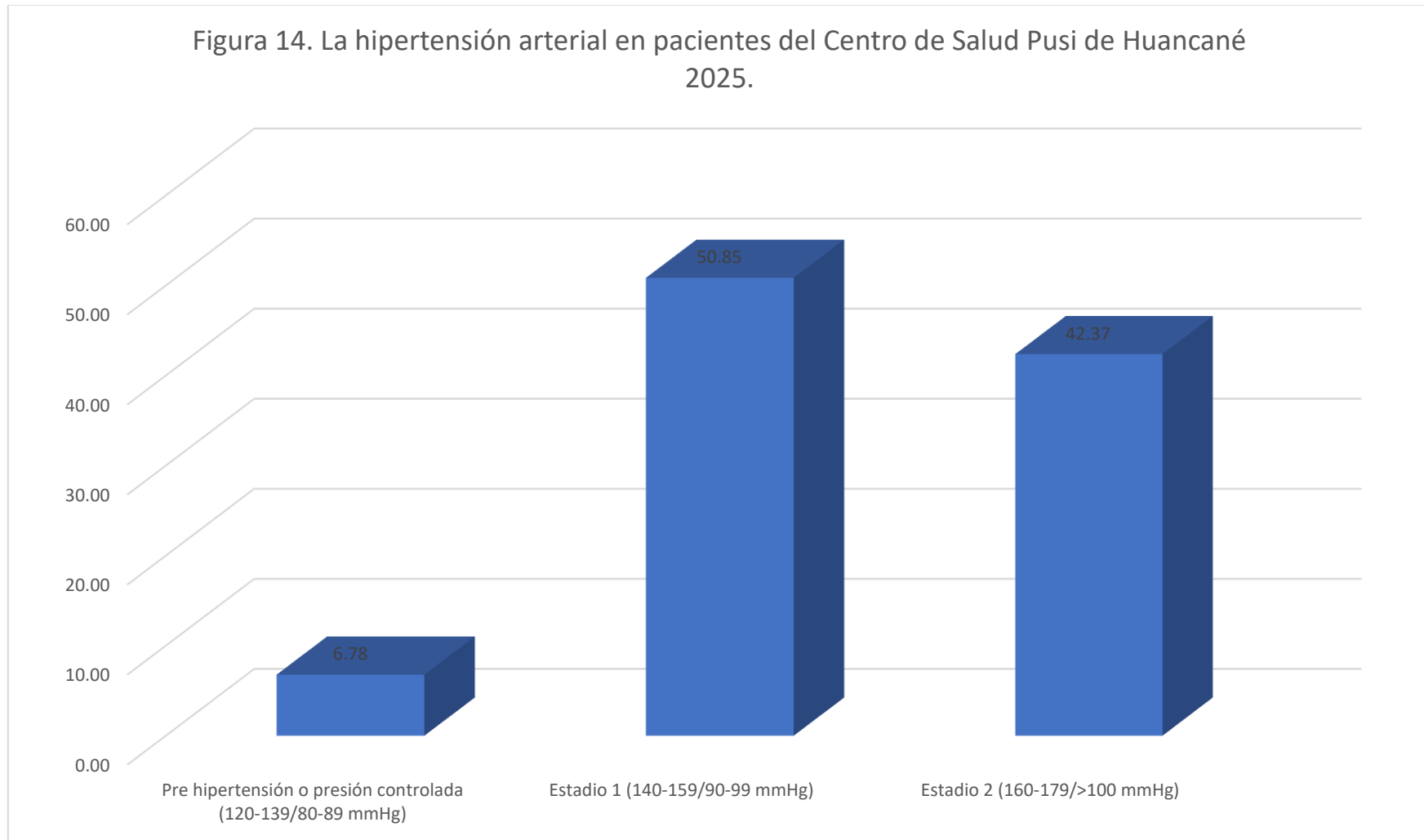
Contreras, Senmache (13) han concluido que: un 44% de nivel medio en el sector adulto mayor, para el hecho de aplicar los conocimientos respecto a hábitos saludables en su vida el 56% presentó que a veces las llego a desarrollar cuando se trataba de su alimentación, para la actividad física un 59% tuvo una frecuencia de a veces igualmente, un 91% se vio con óptimos estándares emocionales y que finalmente la adherencia terapéutica fue del 91% denotada como a veces, cuando se trataron estilos de vida no saludables, poca frecuencia de consumo de tabaco un 53%, no ingiere alcohol 41%, sedentarismo a veces el 53%, la depresión se presentó a veces en el 75% así como también un 75% a veces no tuvo un seguimiento del tratamiento.



Tabla 14. La hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud Pusi de Huancané 2025.

	<i>fi</i>	%
Pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)	4	6.78
Estadio 1 (140-159/90-99 mmHg)	30	50.85
Estadio 2 (160-179/>100 mmHg)	25	42.37
Total:	59	100.00

Fuente: Ficha documentaria.



Fuente: tabla 14.



El cuarto objetivo específico planteado es: Medir el nivel de hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi.

En la tabla y figura 14 se analiza la hipertensión arterial en los pacientes, donde observamos que el 50,85% presenta hipertensión en estadio 1 (140-159/90-99 mmHg), el 42,37% presenta hipertensión en estadio 2 (160-179/>100 mmHg), el 6,78% presenta pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg)

Cruz (5) ha concluido que: el potencial que desencadenaría generar dichas intervenciones podría terminar favoreciendo al paciente como a la institución, dado que un seguimiento mucho más óptimo de la presión arterial culminaría con una reducción de los elevados costos que comprende el tratamientos a largo plazo de los resultados desfavorables que podrían resultar en complicaciones (retinopatía hipertensiva, infarto agudo al miocardio, patologías vasculares cerebrales, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardiaca, etc.) además de potencial el sector de prevención primaria.

Gorostidi et al. (6) concluyeron: que partiendo del umbral definitorio para la presión arterial de 140/90 mmHg, se resuelve la necesidad de establecer y tener en conocimientos aquellos valores de presión arterial dados de manera externa a la consulta, dejando como prioridad determinar la estratificación de la existencia de un posible riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos, por su parte, el manejo terapéutico aplicado bajo la indicación de una terapia combinada de dos fármacos de manejo inicial, se pretende tener el objetivo de una presión arterial por debajo de 130/80 mmHg como control para un gran sector de la población.



CONCLUSIONES

PRIMERA:

Se determinó que las medidas de control que están relacionadas con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi, Huancané 2025 son: aspectos generales, valoración clínica, conductas de riesgo, todas las variables son significativas con una $p < 0,05$, por lo tanto, se comprueba la hipótesis.

SEGUNDA:

Se describe que los aspectos generales que están relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi son: un 83,05% tiene más de 60 años de edad ($p = 0,000$), un 71,19% es de sexo masculino ($p = 0,001$), todas las variables son significativas con una $p < 0,05$, por lo tanto, se comprueba la hipótesis.

TERCERA:

Se precisa que la valoración clínica que está relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi son: un 45,76% tiene un IMC en obesidad (>30) ($p = 0,000$), un 61,02% tiene un perímetro abdominal >102 cm ($p = 0,000$), un 67,80% tiene más de dos síntomas en dislipidemias ($p = 0,000$), un 50,85% tiene glucosa mayor a 100 mg/dl ($p = 0,000$), un 38,98% tiene edemas a nivel sistémico ($p = 0,000$), un 35,59% tiene agotamiento y falta de fuerza ($p = 0,000$), un 59,32% si tiene adherencia al tratamiento antihipertensivo ($p = 0,000$), un 49,15% tiene alto



riesgo de desencadenar complicaciones ($p=0,000$), todas las variables son significativas con una $p<0,05$, por lo tanto, se comprueba la hipótesis.

CUARTA:

Se identificó que las conductas de riesgo que están relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi son: un 64,41% consume sal en comidas lo normal ($p=0,000$), un 45,76% consume alcohol como habito negativo ($p=0,000$), un 52,54% actividad física pasar menos tiempo sentado ($p=0,000$), todas las variables son significativas con una $p<0,05$, por lo tanto, se comprueba la hipótesis.

QUINTA:

Se midieron que los niveles de hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi es el 50,85% presenta hipertensión en estadio 1 (140-159/90-99 mmHg), el 42,37% presenta hipertensión en estadio 2 (160-179/>100 mmHg), el 6,78% presenta pre hipertensión o presión controlada (120-139/80-89 mmHg).



RECOMENDACIONES

PRIMERA:

A la jefa del Centro de Salud de Pusi, Huancané coordinar actividades extramurales con el equipo de salud del establecimiento, para intervenir e identificar pacientes potenciales que puedan presentar hipertensión arterial, además de difundir las medidas de control que están relacionadas con la hipertensión arterial en todo el distrito de Pusi.

SEGUNDA:

A los médicos cirujanos que laboran en el servicio de medicina del Centro de Salud de Pusi, deberán de identificar riesgos potenciales que desencadenen la hipertensión arterial por lo que deberán de coordinar con los profesionales nutricionistas para que desarrollen planes de intervención en la educación frente a los hábitos saludables especialmente en la dieta y promover los ejercicios según la edad de los pacientes.

TERCERA.

A los médicos cirujanos que laboran en el servicio de medicina del Centro de Salud de Pusi, deberán realizar campañas de atención integral para identificar riesgos en algunos aspectos, así como el IMC e identificar pacientes con obesidad, realizar actividades de medición del perímetro abdominal en pacientes, controlar la glucosa y otros aspectos que apoyen a descartar algún problema especialmente de cualquier enfermedad crónico degenerativa.



CUARTA:

A los médicos cirujanos que laboran en el servicio de medicina del Centro de Salud de Pusi, junto a la coordinadora de promoción de la salud promover estrategias educativas frente a los riesgos potenciales de hipertensión arterial desde charlas sobre dietas saludables, actividad física, hábitos tóxicos como alcohol, trabajar en el estrés, control de peso y otras actividades que ayuden a identificar pacientes que pudieran presentar hipertensión, en el caso de los que ya presenten, realizar actividades de prevención de complicaciones.

QUINTA:

A los médicos cirujanos que laboran en el servicio de medicina del Centro de Salud de Pusi, promover la participación junto con los tenientes gobernadores, especialmente con autoridades para campañas integrales en los diferentes sectores del distrito de Pusi, y promover estilos de vida saludable en la prevención de hipertensión arterial.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión. Ginebra; 2022.
<https://www.paho.org/es/temas/hipertension#:~:text=La%20presi%C3%B3n%20arterial%20alta%20igual,para%20muertes%20por%20enfermedades%20cardiovasculares..>
2. Ministerio de salud. Estrategia Sanitaria de daños no transmisibles. Lima; 2023.
3. Instituto Nacional de Salud INS. Danos no transmisibles en el Perú. Lima; 2023.
4. Dirección regional de salud Puno. Informe de las enfermedades de daños no transmisibles en la región de Puno; 2023.
5. Cruz I. P. Nivel de conocimientos en hipertensión arterial sistémica y su asociación con la adherencia a tratamiento en pacientes de la UMF 15. México, 2023
6. Gorostidi M. Gijón T. De la Sierra A. Rodilla E. Rubio E. vinyoles E. Oliveras A. et. Al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022.
7. Alvarado P. A. Grado de apoyo socio familiar de los pacientes con hipertensión arterial sistémica descontrolada de la UMF 94. México; 2021.
8. Acosta C. Sposito P. Torres V. Sacchi F. Et. Al. Uruguay; 2021 Variabilidad de la presión arterial, hipertensión arterial nocturna y su asociación con tabaquismo. Uruguay; 2021.
9. Giralt A. Rojas J. M. Leiva J. Relación entre COVID-19 e Hipertensión Arterial. Cuba; 2020.



10. Mestas Y. Y. Adherencia y factores asociados al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud San Juan de Ciudad Blanca-Paucarpata-Arequipa; 2023.
11. Fernández J. Vílchez L. P. Calidad de vida y su relación con la hipertensión en adultos mayores del Centro de Salud David Guerrero Duarte – Concepción. Huancayo; 2022.
12. Ruiz A. Carrillo A. Bernabé A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. Perú; 2022.
13. Contreras R. Senmache A. Conocimiento y estilos de vida en los adultos con hipertensión arterial del Centro de Salud La Victoria I. Lima; 2021.
14. Díaz E. S. Prevalencia y factores predisponentes de hipertensión arterial del adulto en el servicio de emergencia del hospital regional docente las Mercedes. Pimentel; 2020.
15. Cutipa S. E. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en adultos y adultos mayores hipertensos del establecimiento de salud José Antonio Encinas-Puno; 2024.
16. Quispe N. R. Factores de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en adultos con hipertensión arterial, centro de salud 4 de Noviembre, Puno; 2024.
17. Campos K. J. Relación entre la sintomatología depresiva, adherencia al tratamiento y los factores sociodemográficos, en pacientes con hipertensión arterial de 60 a 90 años en la región de Puno, Perú; 2024.
18. Leyva N. Payahuanca D M. Indicadores antropométricos asociados a la presión arterial en personal no docente adulto que viven en zona alto andina. Puno; 2023.



19. Cruz C. E. Factores asociados a riesgo cardiovascular elevado en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca; 2023.
20. Organización Mundial de la Salud. Emergencias y enfermedades. 2022.
21. Hearts. Mejorar el control de la hipertensión en 3 millones de personas. Experiencias de los países sobre la elaboración e implementación de programas. 2020.
22. Buda EHLFR, Buda A. Práctica de modificación del estilo de vida y factores asociados en pacientes hipertensos diagnosticados en hospitales seleccionados, en el sur de Etiopía. Clin Hypertens. 2023.
23. Sánchez E. ¿Cuánto debe medir la circunferencia abdominal? [Internet]. Mejor con Salud. 3 de agosto de 2020 [consultado 2021 abril 25]. Disponible en: <https://mejorconsalud.as.com/medir-circunferencia-abdominal/>
24. Fundación Española del Corazón (FEC). La medida del perímetro abdominal es un indicador de enfermedad cardiovascular más fiable que el IMC. 20221.
25. Moreira W, López A, Moreira C, Castro J. Prevalencia y factores de riesgo de dislipidemias: un estudio de la situación actual. Higía de la Salud. 2022.
26. Villa A, Navarro E, Villaseñor J. Neuropsicología clínica hospitalaria. Primera ed. Neuropsicología AMD, editor. Ciudad De México: El Manual Moderno; 2020.
27. World Health Organization. Global report on diabetes; 2022.
28. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la diabetes de la FID. 2021. 9^{na}8. ed ENT#091;InternetENT#093;. 2019 ENT#091;citado 20 May 2021ENT#093;. Disponible en: Disponible



en: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf 8.

29. Pérez R, Remuzgo A, Balladares M. Calidad de vida relacionada a la salud y riesgo cardiovascular en personas con hipertensión arterial de una zona urbano marginal de Lima Norte. 2021.
30. Sánchez S. Aspectos sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos y otros factores de comorbilidad 2021.
31. Serrano E, y otros. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial / Calidad de vida en pacientes con hipertensión. 2020.
32. Jiménez B. Vielma J. R. Hipertensión arterial: ingesta de sal y mecanismos de patogénesis. Chile; 2020.
33. Villafuerte D, Marcillo C, Mera L. Dislipidemia y su relación con la hipertensión arterial en adultos de 30 a 60 años que habitan en la Parroquia Pedro Pablo Gómez del Cantón Jipijapa. Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias - RECIAMUC. 2021.
34. Gómez J, Camacho PLJ, López P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. Revista Colombiana de Cardiología. 2021
35. Taticuán Y. Estrategias educativas del autocuidado en hipertensión arterial, personas privadas de la libertad, centro de rehabilitación, ciudad de Tulcán, 2021.
36. Mainegra O, Miranda J, Blanco R. Un programa de capacitación comunitaria: experiencia preventiva en la Hipertensión Arterial. Mendive. Revista de Educación. 2022



37. Nina N. Efectividad de una intervención educativa sobre el conocimiento de prevención de hipertensión arterial en adultos, San Juan de Lurigancho – 2020. Lima; 2020.
38. Jansa P, y otros. El impacto de riociguat en los parámetros clínicos y la calidad de vida de pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica: resultados de un registro clínico retrospectivo. 2021
39. Runyu Y, y otros. Calidad de vida relacionada con la salud de la hipertensión en China: una revisión sistemática y un metaanálisis.
40. Morimoto Y, y otros. Efecto de los factores del entorno vital en la calidad de vida de pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica tras la finalización de una angioplastia pulmonar con balón: un estudio transversal. Circulation reports, 2021.
41. *The Seventh Report on the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNCT)*, Publicación NIH N. ° 03-5233, mayo 2003
42. Ministerio de Salud. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva; 2021.
43. Zhang L, y otros. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con y sin hipertensión: Una encuesta poblacional con EQ-5D en Shandong, China; 2022.
44. Dai L. Efecto de la gestión jerárquica de enfermería en pacientes con hipertensión complicada con factores de riesgo cardiovascular y cerebrovascular. Journal Menu, 2021.
45. Clark, E. G. y H. R. Niveles de aplicación de la medicina preventiva. En: Preventive medicine for the doctor in his commwlity 2l'



46. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, et al. Guía ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. Revista Europea del Corazón; 2022.
47. Sampieri R, Collado C, Lucio P. El proceso de investigación y los enfoques cuantitativo y cualitativo hacia un modelo integral. Metodología de la investigación. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2017.



ANEXOS

Anexo 1. Matriz de sistematización de datos

hipertension.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	edad	Numérico	8	0	edad	{1, 40 a 50 años}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
2	sexo	Numérico	8	0	sexo	{1, femenino}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
3	IMC	Numérico	8	0	IMC	{1, normal}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
4	perimetro	Numérico	8	0	perimetro abdominal	{1, mujeres < 88}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
5	dislipidemia	Numérico	8	0	dislipidemia	{1, Colesterol total > 200 mg/dl}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
6	glucosa	Numérico	8	0	glucosa serica	{1, menor de 100}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
7	edema	Numérico	8	0	edema	{1, no presenta edema}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
8	ritmocardiaco	Numérico	8	0	cambios en el ritmo	{1, no presenta}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
9	adherencia	Numérico	8	0	adherencia al tratamiento	{1, adherencia}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
10	complicacio...	Numérico	8	0	complicaciones	{1, no presenta}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
11	sal	Numérico	8	0	consumo de sal	{1, bajo de sal}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
12	habitos	Numérico	8	0	habitos negativos	{1, ninguno}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
13	actividadfisica	Numérico	8	0	actividad fisica	{1, pasar menos tiempo sentado}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
14	hipertension	Numérico	8	0	hipertension arterial	{1, pre hipertension}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
15											
16											



hipertension.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

37 : actividadfisica 2

	edad	sexo	IMC	perimetro	dislipidemia	glucosa	edema	ritmocardiaco	adherencia	complicaciones	sal	habitos	actividadfisica	hipertension
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	2	1	3	2	4	1	2	1	1	1	1	1	1	2
6	3	2	3	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2
7	3	1	2	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	2
8	3	2	1	3	4	2	1	1	1	1	1	2	1	2
9	1	2	3	3	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2
10	3	2	3	3	5	2	2	1	1	1	1	2	1	2
11	3	2	1	4	5	2	1	3	1	2	1	2	1	2
12	3	1	1	2	5	2	2	2	1	1	1	1	1	2
13	3	2	2	4	5	1	2	2	1	2	2	1	1	2
14	3	1	2	2	4	1	1	1	1	1	2	1	1	2
15	3	2	2	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2
16	3	1	2	1	5	1	2	1	1	1	1	1	1	2
17	3	2	1	4	4	2	1	1	1	1	2	2	1	2
18	3	2	2	4	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2
19	3	2	2	4	5	2	1	1	1	1	2	2	1	2
20	3	2	2	4	5	1	2	2	1	2	1	1	1	2
21	3	1	2	2	4	1	1	1	1	1	2	1	1	2
22	3	2	2	4	4	1	3	1	1	1	1	1	1	2
23	3	1	1	2	5	1	3	1	1	1	2	1	1	2
24	2	2	3	4	4	1	1	2	1	1	2	1	1	2
25	3	2	1	4	4	1	2	1	1	1	1	1	1	2
26	3	2	2	4	5	1	2	1	1	1	2	1	1	2
27	2	1	2	2	5	1	3	1	1	2	2	1	1	2
28	3	2	1	4	5	1	2	1	1	1	1	2	1	2
29	3	2	3	3	4	2	1	2	1	1	2	1	1	2
30	3	2	1	4	4	2	3	1	1	1	2	1	2	2
31	3	2	3	4	5	2	1	2	1	1	2	1	1	2
32	3	1	3	2	5	1	3	2	1	2	2	1	2	2
33	3	2	2	4	5	2	2	2	2	1	1	1	1	2
34	3	1	3	2	5	1	3	2	1	2	2	1	2	2
35	3	2	2	4	5	2	3	1	2	1	2	1	2	3
36	3	2	3	4	5	2	3	1	2	2	2	2	2	3

Vista de datos Vista de variables



hipertension.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

25 : actividadfisica 1

	edad	sexo	IMC	perimetro	dislipidemia	glucosa	edema	ritmocardiaco	adherencia	complicaciones	sal	habitos	actividadfisica	hipertension
28	3	2	1	4	5	1	2	1	1	1	1	2	1	2
29	3	2	3	3	4	2	1	2	1	1	2	1	1	2
30	3	2	1	4	4	2	3	1	1	1	2	1	2	2
31	3	2	3	4	5	2	1	2	1	1	2	1	1	2
32	3	1	3	2	5	1	3	2	1	2	2	1	2	2
33	3	2	2	4	5	2	2	2	2	1	1	1	1	2
34	3	1	3	2	5	1	3	2	1	2	2	1	2	2
35	3	2	2	4	5	2	3	1	2	1	2	1	2	3
36	3	2	3	4	5	2	3	1	2	2	2	2	2	3
37	3	2	2	4	5	2	3	2	1	2	2	2	2	3
38	3	1	2	2	5	1	2	1	2	2	2	1	2	3
39	3	2	3	4	5	2	1	2	1	2	2	1	2	3
40	3	2	2	4	5	2	3	2	2	2	2	2	2	3
41	3	2	2	4	5	1	3	2	2	2	2	1	2	3
42	3	1	3	2	5	2	3	2	1	2	2	2	3	3
43	3	2	3	4	5	2	2	1	2	1	2	2	2	3
44	3	2	3	4	5	1	3	2	2	2	2	1	2	3
45	3	2	3	4	5	2	3	2	2	1	1	2	3	3
46	3	1	2	2	5	1	3	2	2	2	2	2	2	3
47	3	2	3	4	5	2	1	2	2	2	2	2	2	3
48	2	2	3	4	4	1	3	3	2	2	2	2	2	3
49	3	2	2	3	5	2	2	3	2	2	2	2	2	3
50	3	2	3	4	5	2	3	2	2	2	2	2	2	3
51	3	2	3	4	5	2	2	3	2	2	2	1	2	3
52	2	2	3	4	5	2	3	3	2	2	2	2	2	3
53	3	2	3	3	5	2	3	3	2	2	2	2	3	3
54	3	2	3	4	5	2	2	3	2	2	2	2	3	3
55	3	2	3	4	5	2	2	2	2	1	2	2	2	3
56	3	2	3	4	5	2	3	3	2	2	2	2	3	3
57	3	2	3	4	5	2	3	2	2	2	2	2	3	3
58	3	2	3	4	5	2	3	3	2	2	2	2	3	3
59	3	2	3	4	5	2	3	3	2	2	2	2	3	3
60														
61														
62														
63														

Vista de datos Vista de variables



Anexo 2. Matriz de consistencia

TITULO: **MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI, HUANCANÉ 2025**

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Diseño de la investigación
<p>PROBLEMA GENERAL PG: ¿Cuáles son las medidas de control relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi, Huancané 2025?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS PE1: ¿Cuáles son los aspectos generales relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi? PE2: ¿Cuáles son los indicadores de la valoración clínica relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi? PE3: ¿Cuáles son las actividades de la prevención de las complicaciones</p>	<p>GENERAL. OG: Determinar las medidas de control relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi, de Huancané 2025.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS OE1: Describir los aspectos generales relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi. OE2: Identificar la valoración clínica relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi. OE3: Precisar las conductas de riesgo relacionado con las</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL HG: Las medidas de control están relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi, de Huancané 2025.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICOS HE1: Los aspectos generales están relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi. HE2: La valoración clínica están relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi. HE3: Las conductas de</p>	<p>VARIABLE 1. MEDIDAS DE CONTROL</p>	<p>1.1. Aspectos generales</p> <p>1.2. Valoración clínica</p> <p>1.3. Conductas de riesgo</p>	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>IMC</p> <p>Perímetro abdominal</p> <p>Dislipidemia</p> <p>Glucosa sérica en ayunas</p> <p>Edema</p> <p>Cambios en el ritmo cardiaco</p> <p>Adherencia al tratamiento antihipertensivo</p> <p>Consumo de sal en comidas</p> <p>Hábitos negativos</p>	<p>Diseño: No experimental</p> <p>Tipo: Correlacional y transversal</p> <p>ENFOQUE CUANTITATIVO Población: 92 Muestra: 92 pacientes con Dx. Hipertensión arterial</p> <p>Técnica: Variable 1. Revisión Documental Variable 2. Revisión documental Instrumentos: V1: Ficha de recolección de datos V2: Ficha de recolección de datos</p>



<p>relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi? PE4: ¿Cuáles son los valores frecuentes en el control de la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi?</p>	<p>complicaciones con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi. OE4: Medir los valores frecuentes en el control de la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi.</p>	<p>riesgo están relacionados con la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi. HE4: Los valores frecuentes en el control de la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud de Pusi es de estadio 1</p>	<p>VARIABLE 2. Hipertensión arterial</p>	<p>Niveles de presión arterial</p>	<p>Actividad física Pre hipertensión o presión controlada 120-139/80-89 mmHg Estadio 1 140-159/90-99 mmHg Estadio 2 160-179/>100 mmHg</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



Anexo 3. Ficha de recolección de datos

2.3 MEDIDAS DE CONTROL.

1.1. ASPECTOS GENERALES.

1.1.1. Edad

- a. 40 a 50 años
- b. 50 a 60 años
- c. Mas de 60 años

1.1.2. Sexo.

- a. Femenino
- b. Masculino

2.4 VALORACIÓN CLÍNICA.

2.4.1 Índice de masa corporal IMC.

- a. Normal (18,5 – 24)
- b. Sobre peso (≥ 25)
- c. Obesidad (>30)

2.4.2 Perimetro abdominal

- a. Mujeres normal < 88 cm
- b. Mujeres anormal > 88 cm
- c. Hombres normal < 102 cm
- d. Hombres anormal > 102 cm

2.4.3 Dislipidemia

- a. Colesterol total > 200 mg/dl
- b. Colesterol LDL > 130 MG/DL
- c. Colesterol HDL mujeres <50 mg/dl Varones < 40 mg/dl
- d. Triglicéridos >150 mg/dl



2.4.4 Glucosa sérica en ayunas

- a. Menor de 100 mg/dl hiperglicemia
- b. Mayor a 100 mg/dl normoglicemia

2.4.5 Edema

- a. No presenta edema
- b. Miembros inferiores
- c. Nivel sistémico

2.4.6 Cambios en el ritmo cardiaco.

- a. No presenta
- b. Agotamiento y falta de fuerza
- c. Padece de tobillos hinchados
- d. Considera que las actividades físicas no son necesarias
- e. Mas de dos síntomas

2.4.7 Adherencia al tratamiento antihipertensivo.

- a. Adherencia
- b. No adherencia

2.4.8 Complicaciones.

- a. No presenta
- b. Alto riesgo de desencadenar complicaciones (Daños cardiacos, angina de pecho dolor torácico, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, ritmo cardiaco irregular, daños renales insuficiencia renal)

2.5 CONDUCTAS DE RIESGO.

2.5.1 Consumo e sal en comidas.

- a. Bajo en sal



- b. Lo normal

2.5.2 Hábitos negativos.

- a. Ninguno
- b. Consumo alcohol a veces
- c. Alcohol y fuma

2.5.3 Actividad física.

- a. Pasar menos tiempo sentado
- b. Caminatas, bailar, camina de su casa a la chacra
- c. Dificultades para movilizarme

2. FICHA DE RECOLECCION DATOS HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Tabla de clasificación de presión arterial		
Categoría	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Normal	Inferior a 120	Inferior a 80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión		
Grado 1	140-159	90-99
Grado 2	160 o más	100 o más
Adaptada de <i>The Seventh Report on the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNCT)</i> , Publicación NIH N. ° 03-5233, mayo 2003. (41, 42)		



Anexo 4. Validación de expertos

**ANEXO 04
GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.**

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: Efrain E. Coronado Mejías
 Centro laboral: Cs. Loraqueri - Puno
 Grado: Medico General
 Mención: _____

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

- 1 = inferior al básico
- 2 = básico
- 3 = Intermedio
- 4 = Sobresaliente
- 5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					X
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					X
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8 Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9 Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10 Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11 Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12 Calidad en la redacción de los ítems (visión general)				X	
13 Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14 Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15 Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
Puntaje parcial				28	40
Puntaje total:					

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = 90



4. Escala de validación.

Muy baja 00 - 20%	Baja 21 - 40%	Regular 41 - 60%	Alta 61 - 80%	Muy Alta 81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

El Instrumento es adecuada para su aplicación en pacientes.

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, *Eraín E. Condori Mestas*..... identificado con DNI N° *7178 5228*..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. CRISTHIAN EDUARDO CHOQUE PAUCARA

Juliaca *12* de *Mayo* del 2025.



Eraín E. Condori Mestas
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 108208



ANEXO 04 GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Wiberth Nara Galvez Bizano

Centro Laboral

Hospital Lucio Maldonado Pauc - Alvarado

Grado:

Mención

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico

2 = básico

3 = Intermedio

4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				X	X
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8 Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9 Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10 Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X
11 Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12 Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13 Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14 Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15 Estructura técnica básica del instrumento (organización)				X	
Puntaje parcial				28	40
Puntaje total:					68

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = **9.0**



4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

El Instrumento es Valido.

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, *Huberth Nard Galvez Bizano* identificado con DNI N° *7183 8079*..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. CRISTHIAN EDUARDO CHOQUE PAUCARA

Juliaca *09* de *Mayo* del 2025.

Huberth Nard Galvez Bizano
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 095695



ANEXO 04 GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: Saenz Merilly A. Vargaya Calla
 Centro laboral: Hospital LAP - Huancané
 Grado: Médico General.
 Mención: _____

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

- 1 = inferior al básico
- 2 = básico
- 3 = Intermedio
- 4 = Sobresaliente
- 5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				X	
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					X
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8 Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9 Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10 Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11 Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12 Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13 Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14 Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15 Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
Puntaje parcial				24	45
Puntaje total:					69

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = 92



4. Escala de validación.

Muy baja 00 - 20%	Baja 21 - 40%	Regular 41 - 60%	Alta 61 - 80%	Muy Alta 81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

El instrumento es valido para su aplicacion

6. Constancia de Juicio de experto

El que suscribe, *Saenz Merly A. Vargaya Calla*..... identificado con DNI N° *72584590*..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. CRISTHIAN EDUARDO CHOQUE PAUCARA

Juliaca *08* de *Mayo* del 2025.




 Dr. Saenz Merly A. Vargaya Calla
 C.M.P. 101906
 MEDICO CIRUJANO



Anexo 5. Autorización

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

CONSTANCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA INVESTIGACIÓN

La que suscribe, Dra. LIZBETH CAROL BRUNA HUAMÁN, médico jefe del centro de salud CLAS PUSI, otorga la presente constancia de recolección de datos, con el objetivo de investigación a:

CRISTHIAN EDUARDO CHOQUE PAUCARA

Egresado de la facultad de Medicina Humana de la universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, identificado con DNI: 70111005, quien ha recolectado datos para su trabajo de investigación titulado: MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI, HUANCANÉ 2025, lo cual ha sido realizado los días: Lunes 16 de junio hasta el domingo 22 de junio del presente año, contándose 7 (siete) días de búsqueda de información en el CENTRO DE SALUD CLAS PUSI.

El señor Cristhian Eduardo Choque Paucara, realizó la recolección de datos para su trabajo de investigación mostrando en todo momento respeto, puntualidad, responsabilidad y buena formación académica.

Se otorga la presente constancia para los fines que el interesado considere conveniente.

Pusi, 27 de agosto del 2025.

Atentamente.



Lizbeth C. Bruna Huamán
Lizbeth C. Bruna Huamán
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 93188

Médico jefe del Centro de salud de Pusi



"Año de la recuperación y consolidación de la economía Peruana"

SOLICITO: Autorización para recopilación de datos.

JEFE DEL CENTRO DE SALUD CLAS PUSI

DRA: LIZBETH CAROL BRUNA HUAMÁN



Yo, CRISTHIAN EDUARDO CHOQUE PAUCARA, identificado con DNI: 70111005, con domicilio en Jr. Tupac Amaru 1574, de la ciudad de Juliaca.

Me presento ante usted con el debido respeto y expongo lo siguiente:

Que, habiendo culminado mis estudios en la escuela Profesional de medicina humana, en la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, estoy Realizando mi trabajo de investigación, titulada: MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI, HUANCANÉ 2025, Para lo cual solicito su autorización para realizar recolección de datos en el establecimiento de salud para dicha investigación. Adjunto ficha de recolección de datos y copia de resolución de ejecución.

No dudando de su amable aceptación y anticipado agradecimiento.

POR LO EXPUESTO:

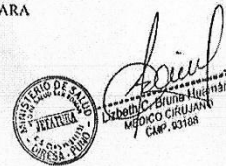
Ruego a usted acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Pusi, 07 de Mayo del 2025

[Signature]

CRISTHIAN EDUARDO CHOQUE PAUCARA
DNI: 70111005

SE DA UNO BUENO PARA LA UTILIZACION DE HISTORIAS CLINICAS, CON FINALIDAD DE INVESTIGACION,



Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital:

Fecha de entrega: 6 / 11 /2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Cristhian Eduardo Choque Paucara

Dirección: Jr. Túpac Amaru 1574 Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70111005

Teléfono: 913263705 email: ceperny@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: Ciencias de la Salud

Escuela Profesional o Mención: Medicina Humana

Título o Grado Académico a optar: Médico Cirujano

Asesor: Dra. Maryluz Cruz Colca

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:
 Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: MEDIDAS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PUSI, HUANCANÉ 2025

Palabras claves, (3 a 5 términos): Medidas de control, hipertensión arterial, pacientes.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV 1, 2?
2

1 Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.
 2 Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

- Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación. Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: Medicina Humana – P09

Firma de Autor



huella digital

6 de Noviembre del 2025

Fecha