

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Conocimiento sobre Factores de Riesgo Cardiovascular
Modificables y Autocuidado en Pacientes con Hipertensión
Arterial en una Clínica de Lima, 2019

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORA

Galicia Yarleque Suárez Cárdenas

ASESORA

Katherine Ortiz Romaní

Lima, Perú

2020

Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular
modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión
arterial en una clínica de Lima, 2019

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a mis padres que estuvieron a mi lado, a la licenciada Keren quien me dio el apoyo moral para realizar el tema y a mi mejor amigo Yonel que estuvo conmigo en los momentos más difíciles y quien estuvo siempre ayudándome y aconsejándome.

AGRADECIMIENTO

Agradezco también a mi asesora Lic. Katherine Ortiz por haberme dado la oportunidad de recurrir a ella y a su gran capacidad de investigación y conocimiento científico, así mismo, por guiarme durante el desarrollo de la tesis.

Mi agradecimiento también va dirigido al Dr. García por haber aceptado que se realizara mi estudio en su prestigiosa clínica.

Finalmente agradezco a todos los que fueron parte de este gran proyecto, gracias por la paciencia, por la amistad, por el apoyo moral y gracias por haber contribuido con mis ganas de seguir adelante en mi carrera profesional.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima. **Materiales y métodos:** Estudio no experimental de alcance descriptivo correlacional de diseño transversal. Para la asociación de las variables se empleó la prueba Chi – cuadrado. Para la asociación entre variable numérica con categórica se utilizó la prueba Kruskal – Wallis. Se utilizó el instrumento titulado “Conocimientos sobre factores de riesgos cardiovasculares modificables en pacientes hipertensos” y el instrumento “Escala de nivel de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial”. **Resultados:** Se muestra asociación significativa entre adultos mayores que conocen sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables y el autocuidado ($p = <0.001$), la edad con el autocuidado ($p = 0.047$) y el conocimiento ($p = < 0.001$), así mismo el grado de instrucción secundaria con el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular ($p = < 0.001$). **Conclusión:** Los adultos mayores con hipertensión arterial que no conocen sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables tienen un adecuado autocuidado, por otro lado los adultos mayores que conocen sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables tienen un inadecuado autocuidado.

Palabras claves: presión arterial, adulto mayor, enfermedades cardiovasculares.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between knowledge about modifiable cardiovascular risk factors and self – care in patients with arterial hypertension of a clinic in Lima. **Materials and Methods:** Non – experimental study of correlational descriptive scope of cross – sectional design. The Chi –square test was used to associate the variables. For the association between numerical and categorical variables, the Kruskal – Wallis test was used. The instrument entitled “Knowledge about modifiable cardiovascular risk factors in hypertensive patients” and the instrument “Self – care level scale of the elderly with arterial hypertension” were used. **Results:** There is a significant association between older adults who know about modifiable cardiovascular risk factors and self – care ($p = < 0.001$), age with self – care ($p = 0.047$) and knowledge ($p = < 0.001$), as well the degree of secondary education with knowledge about cardiovascular risk factors ($p = < 0.001$). **Conclusion:** Older adults with hypertension who do not know about modifiable cardiovascular risk factors have adequate self – care, on the other hand older adults who know about modifiable cardiovascular risk factors have inadequate self – care.

Keywords: arterial pressure, aged, cardiovascular diseases.

ÍNDICE

Resumen	V
Índice	Vii
Introducción	viii
Capítulo I El problema de investigación	10
1.1. Situación problemática	10
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Justificación de la investigación	14
1.4. Objetivos de la investigación	14
1.4.1. Objetivo general	14
1.4.2. Objetivos específicos	14
1.5. Hipótesis	15
Capítulo II Marco teórico	16
2.1. Antecedentes de la investigación	16
2.2. Bases teóricas	17
Capítulo III Materiales y métodos	20
3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación	20
3.2. Población y muestra	20
3.2.1. Tamaño de la muestra	20
3.2.2. Selección del muestreo	20
3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión	20
3.3. Variables	21
3.3.1. Definición conceptual y Operacionalización de variables	21
3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos	22
3.5. Plan de análisis e interpretación de la información	24
3.6. Ventajas y limitaciones	24
3.7. Aspectos éticos	24
Capítulo IV Resultados	26
Capítulo V Discusión	32
5.1. Discusión	32
5.2. Conclusión	35
5.3. Recomendaciones	36
Referencias bibliográficas	37
Anexos	40

INTRODUCCIÓN

Las patologías no transmisibles son padecimientos de larga duración y de evolución lenta que afectan a cualquier persona sin respetar género, edad o raza. Entre estas enfermedades se encuentra la hipertensión arterial que forma parte de un problema de salud pública por ser una de las principales causas de muerte, así como de enfermedad cardiovascular que se agregan en el transcurso del envejecimiento de la población (1,11).

El adulto mayor sufre cambios psicológicos, biológicos, y sociales que van afectar a su salud, adquiriendo complicaciones en su bienestar, esto se ve influenciado por el modo de vida y por los factores de riesgo modificables que incrementan la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular en un tiempo determinado. Estos factores modificables están conformados por la dislipidemia, diabetes, tabaco, obesidad e hipertensión arterial siendo la de mayor importancia por el daño a órganos blancos (corazón, ojos, cerebro, riñón y vasos sanguíneos) aumentando así el riesgo cardiovascular (9,12).

En Perú en el 2018 la prevalencia de la población con hipertensión arterial diagnosticada fue 20,1% a nivel nacional en comparación con el 2017 (18,6%), afectando más a los hombres (22.1%) que las mujeres (18.1%), es decir, mientras pasan más los años va aumentando la población con hipertensión, esto significa que el individuo posee una falta de conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular, así como autocuidado lo cual pone en riesgo su salud (12).

Para que la población esté informada sobre las consecuencias que ocasiona un estilo de vida no saludable es necesaria la participación del personal de enfermería, así como también estrategias para mantener un buen estado de salud de modo que el paciente cumpla con el tratamiento farmacológico y la modificación de su estilo de vida. Quiere decir que el personal de salud debe capacitar al paciente, así como a su entorno brindando información necesaria para su bienestar tomando en cuenta los factores de riesgos presentes en la población (19).

Frente a esta problemática, es importante tener en cuenta el conocimiento que posee el paciente, así como también el autocuidado que este presenta ya teniendo como patología la hipertensión arterial. Es por ello que el estudio tiene como objetivo describir la relación entre el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial.

Por este motivo el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables es fundamental, así como también el autocuidado debido a que ambos promueven la práctica de vida saludable y esto ayuda a la prevención de patologías a futuro. Así mismo la participación del personal de enfermería o de salud es indispensable para la educación y toma de decisiones del adulto mayor, por tanto, es necesario el apoyo y presencia del familiar (12).

Sin embargo, el principal límite para la investigación es que no se les va a realizar un seguimiento sobre la modificación del estilo de vida saludable o cumplimiento de tratamiento, esto repercutiría en la salud de la persona en caso no ponga de su parte trayéndole consecuencias a corto o largo plazo, debido a que estos adultos mayores ya presentan un factor de riesgo que es la hipertensión arterial lo cual incrementa más el riesgo de padecer un evento cardiovascular (ECV) (19).

En el 2017 se realizó un estudio en Colombia de conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios con una edad promedio de 62,8 años donde llega a la conclusión que el 56,5% tiene un conocimiento inadecuado, teniendo la mayoría un riesgo cardiovascular alto y moderado, por otro lado en Perú se realizó

en un estudio a pacientes con hipertensión arterial donde la mayoría conoce (58,3%) sobre los factores de riesgo cardiovascular sin embargo no conocen las complicaciones y consecuencias que conllevan estos factores, lo cual es alarmante ya que no se estarían tomando las medidas preventivas adecuadas. Por otro lado, respecto al autocuidado en el 2015 en Perú se realiza un estudio sobre autocuidado y nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión donde existe mayor prevalencia de inadecuado autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial (13,19, 24).

Por esta razón, frente a esta problemática es importante saber el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables y su relación con el autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial, ya que el conocimiento es el almacenamiento de información que el paciente adquirió en base a una enseñanza o experiencia sobre la hipertensión arterial y así mismo sobre los factores de riesgo cardiovascular que ponen en riesgo su vida y salud, así como el autocuidado de este que son funciones que el paciente debe realizar de forma continua para actuar de forma preventiva y favorecer el autocuidado (28, 24).

Considerando lo mencionado anteriormente, en el presente estudio se describió la realidad frente a la problemática presentada y a partir de ello se formuló el problema con objetivos puntuales y específicos para luego justificar la investigación en base a estudios anteriores ya realizados a nivel nacional como internacional, todo esto basándonos en modelos teóricos como promoción de salud y autocuidado donde se llegó a una población determinada y se recolectó la información necesaria por medio de dos instrumentos de los cuales se usaron para la evaluación del paciente de forma anónima, dándonos como resultados una asociación significativa entre las variables presentadas.

El presente trabajo de investigación está conformado por los siguientes capítulos: Capítulo I: El problema: Se explicó en que consiste la realidad de la problemática que se formuló, así como también los conceptos y la relación entre las variables. Capítulo II: Marco teórico: Se integró al problema incorporándolo con antecedentes nacionales e internacionales para una comprensión más amplia. Capítulo III: Materiales y Métodos: Se realizó un estudio no experimental de alcance descriptivo correlacional de diseño transversal, con una población de 138 adultos mayores con hipertensión arterial de ambos sexos de una clínica privada de Lima norte y se utilizó para la recolección de información instrumentos para cada variable. Capítulo IV: Resultados: Se da a conocer que el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables se asoció significativamente con el nivel de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial donde se obtuvo un p valor < 0.001. Capítulo V: Discusión: Se comparó y discutió los resultados con otros proyectos de investigación donde se llegó a una conclusión determinada. Finalmente se adjunta bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

La Enfermedad Cardiovascular (ECV) actualmente es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, se estima que en el 2015 fallecieron 17.7 millones de personas representando un 31% de muertes consignadas en el mundo (1), cabe recalcar; que el riesgo cardiovascular da una probabilidad de que incremente la expectativa de sufrir una ECV (2). De esta manera se considera la hipertensión arterial (HTA) como un problema de salud pública por ser factor de riesgo principal y de suma importancia en los adultos mayores. Pese a que la HTA es una enfermedad prevenible puede desencadenar a otras complicaciones de índole cardiovascular (3).

Teniendo en cuenta que un factor de riesgo es un problema que predomina en la persona y que trae como consiguiente la aparición de una patología determinada (4), según la Joint National Committee (JNC) VII considera los factores de mayor riesgo a la hipertensión arterial: Tabaquismo, obesidad, sedentarismo, dislipidemia, diabetes mellitus, edad, antecedentes familiares cardiovasculares (5). Cabe recalcar que los factores de riesgo se dividen en factores no modificables (edad, sexo y antecedentes familiares) y factores modificables (hipertensión arterial, tabaquismo, dislipidemia, diabetes mellitus y obesidad) (2).

La HTA es el principal causante de un evento cardiovascular, del cual se debe tener el conocimiento sobre dicha patología que afecta a la mayoría de personas ya sean hombres y mujeres. La adecuada información proporcionada a la población significaría una disminución de suma importancia en la incidencia de mortalidad, por lo tanto, es necesario la detección temprana de la enfermedad para su apropiado control y tratamiento (6). La forma prevenible para que no ocurra un evento cardiovascular es la educación del paciente lo cual es muy necesario concientizar a la persona que está padeciendo esta patología y fortalecer el conocimiento que ésta tiene sobre la enfermedad ya diagnosticada.

Según la American Heart Association (AHA) define como presión arterial (PA) a la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias), los valores óptimos normales de la PA son <120 (sistólica) / <80 (diastólica) y la elevación por encima de los valores normales se designa como Hipertensión Arterial, esta se categoriza en: Elevada: 120 - 129 (sistólica) / < 80 (diastólica), HTA nivel I: 130 - 139 (sistólica) / 80 - 89 (diastólica), HTA nivel II: >140 (sistólica) / > 90 (diastólica) (7).

La elevación de la presión arterial suele ser primaria o idiopática denominada como HTA esencial, esta suele aparecer entre las edades de 30 a 50 años, afectando más a los adultos mayores, es producida por una vasoconstricción a causa de un aumento en la resistencia periférica, sin embargo también es de naturaleza heterogénea de herencia poligénica, por otro lado intervienen también factores que se relacionan a su elevación como el consumo elevado de sal, alcohol, la obesidad, el sedentarismo, el tabaco, entre otros (8).

En muchos casos la elevación de la PA se da en conjunto con diferentes alteraciones de las cuales predominan los factores de riesgo modificables, que principalmente la complicación es vascular y otra es el daño de órgano blanco (corazón, ojos, cerebro, riñón y vasos sanguíneos) aumentando así el riesgo cardiovascular (9)

En la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial leve presentan el síntoma más habitual que es la cefalea, sin embargo, cifras muy elevadas de los valores de PA producen síntomas secundarios como daño al órgano blanco (10).

La consecuencia cardiovascular de la HTA es el engrosamiento de la pared arterial por consiguiente habrá una disminución en la luz arterial provocando a su vez que los vasos sanguíneos no se puedan contraer y distender correctamente produciendo lesiones en el endotelio ocasionando una alteración cardiológica. Del mismo modo repercute también sobre el sistema nervioso produciendo inespecíficos síntomas (síncope, cefaleas, alteraciones visuales, vértigo, inestabilidad y entre otros.). Así mismo, las consecuencias de mayor relevancia son el accidente cerebrovascular y encefalopatía hipertensiva. Su elevación brusca de la PA ocasiona repercusiones en la retina, las cuales se desarrollan de forma aguda. También tiene efecto a nivel renal provocando nefroangioesclerosis produciendo alteraciones funcionales (proteinuria, hematuria, disminución de la filtración glomerular con insuficiencia renal, etc.) (10).

El objetivo del tratamiento es disminuir la mortalidad ocasionado por la enfermedad cardiovascular, actuando sobre los factores de riesgo para mantener las cifras por debajo de los niveles ya mencionados. Esto va de la mano de medidas generales promoviendo la promoción y prevención de salud a largo plazo (10)

Un ejemplo de este contexto es el incremento de porcentaje en la prevalencia de HTA del 2015 en relación al 2018, en la cual se encuentran cifras elevadas en la medición de PA a personas ya diagnosticadas con HTA (11), este acontecimiento se da por diferentes factores, pero el más importante es la educación insuficiente del personal de salud, lo cual implica que los pacientes ya con un diagnóstico determinado no realizan un control adecuado de su PA, por consiguiente no estarían tomando el tratamiento prescrito de forma correcta, lo que conlleva a incrementar el riesgo de un evento cardiovascular.

Un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) es aquel hábito de vida que incrementa la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular en un determinado tiempo, la cual puede ser controlada y previsible (12).

La mayor parte de la población se encuentra endeble a padecer un evento de este tipo, debido a distintas características modificables o no modificables que tienen como consecuencia un efecto mayormente no conveniente para la salud (12) (13).

En el estudio del Corazón de Framingham (1948) se introduce como nuevo concepto en la práctica médica el término "Factor de Riesgo", en el cual se determina estadísticamente la relación entre los FR con el evento cardiovascular, haciendo énfasis a la HTA de notable consideración, como también al colesterol, diabetes, tabaco como principales factores para sufrir una enfermedad cardiovascular (14).

Estos riesgos hacen que aumente de forma nociva los valores de la presión arterial, y ya en el 2003 según la JNC VII los clasifica en factores conocidos de riesgo vascular mayor al tabaquismo, obesidad, sedentarismo, dislipidemia y diabetes mellitus (5).

La dislipidemia es un trastorno metabólico en el cual se ve un aumento anormal en los niveles de lipoproteínas en sangre, estos lípidos se clasifican según la Adult Treatment Panel III (ATP III) en: Colesterol - LDL (lipoproteína de baja densidad), colesterol total, colesterol - HDL (lipoproteína de alta densidad) y triglicéridos, estas causan el desarrollo de ateromas y posteriormente aumenta el riesgo de un infarto cardiaco, es uno de los más importantes, prevenibles y principales factores en evento

cardiovascular (15), a su vez otro factor que participa en el proceso aterosclerótico teniendo un efecto cardiovascular dañino es el tabaquismo, este aumenta el depósito de placas en las paredes arteriales, también produce que las plaquetas se agreguen y adhieran favoreciendo así a la aparición de trombos e incrementando el riesgo de infarto (12).

La diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento de glucosa en sangre lo cual se da a consecuencia de la acción o producción de la insulina, esta insulina es una hormona que regula la glucosa y también hace que esta misma brinde energía a las células, hay diferentes tipos de diabetes como: Diabetes gestacional que esta se da por el incremento de glucemia por primera vez durante el embarazo, diabetes tipo 1 la cual se produce cuando el páncreas no segrega la insulina necesaria y la diabetes tipo 2 donde el cuerpo no la utiliza de forma adecuada, esta diabetes es la más frecuente y es ocasionada mayormente por la falta de actividad física y la obesidad (16); el estado de hiperglucemia crónica en la diabetes afecta a un conjunto de células (musculares, lisas y plaquetas) provocando alteraciones las cuales favorecen a la formación de arteriosclerosis, trombosis y entre otras patologías.(17)

Por eso es necesario hacer énfasis sobre las medidas de prevención en el sector salud tomando en cuenta temas sobre alimentación saludable y ejercicio físico el cual ayudaría bastante en el manejo de los factores de riesgo, así como también a la disminución de la obesidad (17).

La obesidad y el sobrepeso son consideradas enfermedades crónicas de las cual se caracterizan por la excesiva acumulación de grasa corporal que ocasiona diferentes alteraciones perjudiciales para la salud, esta se puede determinar por medio del Índice de Masa Corporal (IMC) que es igual al peso (Kg) / talla (m²) la cual clasificará si te encuentras con sobrepeso (25,0 - 29,9) u obesidad (>30) ya sea clase I, II o III (18).

Las complicaciones de tener un IMC elevado es que hay mayor riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, por otro lado, también favorece a la aparición de otros procesos como HTA, dislipidemias y DM2 (18).

Respecto a esto, el personal de salud debe capacitar al paciente con la información necesaria para el bienestar de salud y autocuidado del mismo, concientizar de tal modo que mejoren y cambien los hábitos de estilo de vida como la alimentación y la actividad física (19).

El autocuidado es una estrategia que se puede alterar cuando el paciente o persona se encuentra en riesgo de padecer o sufrir una enfermedad, esta puede generar alteraciones y modificaciones en los hábitos de vida, lo cual influye muchas veces a que la patología desencadenada se desarrolle de forma más rápida. Estas modificaciones al estilo de vida son necesarias para el autocuidado de la persona que involucra muchas veces a la familia como apoyo fundamental e importante para reducir los factores de riesgos en este caso cardiovasculares ocasionados por la hipertensión arterial. (20)

Según Dorothea Orem el autocuidado se basa en la conducta saludable a uno mismo, aprendida por la persona que identifica los factores de su entorno que intervengan en el desarrollo de su bienestar. Esta teoría expone la relación entre el conocimiento adquirido y la realización de la conducta del autocuidado (21).

Por otro lado, el autocuidado es un tema actual e importante tanto para la sociedad como para el personal de salud, el cual deberá fortalecer los conocimientos de los

individuos para la mejoría de su salud, las prioridades y metas de enfermería son la promoción y prevención de eventos cardiovasculares en pacientes con factores de riesgos modificables, los cuales alguna alteración generaría un daño en la calidad de vida del individuo (20).

En el Perú las ECV componen las 3 primeras causas de muerte afectando en su mayoría a personas adultas y adultas mayores (22), perjudicando así a ambos sexos, en hombres un 16% y mujeres un 15% entre las edades de 30 - 60 años. De esta manera cabe recalcar que la principal causa de muerte a nivel mundial en Enfermedades Cardiovasculares es la Hipertensión Arterial siendo el factor más habitual y destacado (23)

Según la Encuestas Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) "Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2018" a nivel nacional en personas de 15 años a más se encuentra en 14.8% de individuos con HTA a la medición, predominando con un 18,5% en hombres y 11.4% en mujeres. La prevalencia de HTA por medición a personas ya diagnósticas es en hombres 22,1% siendo los más afectados que las mujeres 18,1%, la cual predomina más en Lima con 21,6% en comparación del 2017 (11).

Por otro lado también se toma en cuenta otros factores de riesgo significativos que afectan a la salud de la población, en este caso las personas con DM como diagnóstico en el 2017 es 3,3% a nivel nacional siendo más afectadas las mujeres (3,6%) que los hombres (3,0%), el consumo de cigarrillos se mantiene con 19,0%, el sobrepeso a nivel nacional es 36,9% con un aumento de 1,4% en relación al 2016 y en personas con obesidad se encontró un 21,0% aumentando de 2.7% a diferencia del año pasado, esto quiere decir que los porcentajes han incrementado para desarrollar factores de riesgo el cual pone en peligro la salud de la población de desarrollar enfermedades cardiovasculares y otras patologías a futuro (11).

En relación a lo mencionado, la siguiente investigación pretende identificar si existe o no relación entre el conocimiento de factores de riesgos cardiovasculares modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Existe relación entre el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019?
- ¿Cuál es el autocuidado en paciente con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019?
- ¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas y el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019?
- ¿Cuál es la relación entre características sociodemográficas y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019?
- ¿Cuál relación hay entre el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables y las dimensiones del nivel de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión de una clínica de Lima, 2019?

- ¿Cuál es la relación entre el autocuidado y las dimensiones de los factores de riesgo cardiovascular modificables de los pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019?
- ¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas y las dimensiones de los factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019?
- ¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas y las dimensiones del autocuidado de una clínica de Lima, 2019?

1.3. Justificación de la investigación

Teórica:

El conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables es fundamental para la prevención de patologías a futuro, así como el autocuidado que promueve una vida sana de la persona adquiriendo una conducta saludable por medio de una buena enseñanza del personal de enfermería sobre hábitos de vida, buen ejercicio y comidas saludables, como también el control constante de su salud (12). Por otro lado en un estudio se recalca mayor educación hacia el paciente por parte del personal de enfermería sin embargo se encontró mayor prevalencia de inadecuado autocuidado en adultos mayores hipertensos (68,4%) (24).

Práctica:

Una de las labores que se resalta en el personal de enfermería son sus actividades en la cual se enfatiza la promoción y prevención de la salud dirigida al paciente con hipertensión arterial fortaleciendo el conocimiento e identificando los factores de riesgo para evitar alguna complicación cardiovascular a futuro (19).

Metodológica:

A diferencia de otros estudios de investigación, este comparará dos variables, de la cual hay pocos estudios descriptivos correlacionales y poca literatura del tema a tratar, la investigación planteada tuvo como finalidad conocer y explicar la relación que existe entre el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial para poder contrastar la problemática con otros estudios ya realizados a nivel nacional, el siguiente trabajo estableció las bases necesarias para brindar conocimientos desde un enfoque preventivo y promocional destacando las asociación entre el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y el autocuidado sobre la salud de las personas adultas mayores, enfocándose en la educación de una vida saludable para prevenir patologías secundarias a la hipertensión arterial.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables de los pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.
- Describir el autocuidado del paciente con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.

- Determinar la relación entre las características sociodemográficas y el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.
- Determinar la relación entre características sociodemográficas y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.
- Determinar la relación entre el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables y las dimensiones del nivel de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión de una clínica de Lima, 2019.
- Determinar la relación entre el autocuidado y las dimensiones del conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular modificables de los pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.
- Determinar la relación entre las características sociodemográficas y las dimensiones de los factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.
- Determinar la relación entre las características sociodemográficas y las dimensiones del autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.

1.5. Hipótesis

H1: El conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables se relaciona significativamente con el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.

H0: El conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables no se relaciona significativamente con el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Variable Conocimiento

Internacional

Se realizó un estudio en Colombia en 138 pacientes con factores de riesgo o enfermedad cardiovascular. El estudio fue descriptivo observacional de corte transversal. Para medir el conocimiento sobre riesgo cardiovascular se empleó un cuestionario y para medir el riesgo vascular se utilizó el método de Framingham, con una fiabilidad altamente significativa ($p < 0,0001$). En el análisis estadístico se usó el programa SPSS 22 con un intervalo de confianza de 95% y para el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi cuadrado resultando estadísticamente significativo $p < 0.05$. La puntuación media de los 138 pacientes encuestados fue de 5,43 (de 1,75; IC 95% 5,13 - 5,72), quiere decir que el 60 (43,5%) presentó un conocimiento adecuado sobre riesgo cardiovascular y 78 (56,5%) un conocimiento inadecuado. En los pacientes se identificó un porcentaje bajo (43%) sobre el conocimiento adecuado de los factores de riesgo cardiovascular, sin embargo, hubo una asociación significativa entre el conocimiento adecuado, nivel de educación y actividad física. Por otro lado, el conocimiento inadecuado tiene mayor riesgo cardiovascular ya sea alto o moderado (13).

Nacional

Se realizó el estudio en el Perú en 438 pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial. El mismo fue cuantitativo, descriptivo de corte transversal y cuenta con un cuestionario titulado: "Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes hipertensos", validado por medio de siete jueces expertos, la cual se realizó mediante una la prueba binomial obteniendo un valor - p estadísticamente significativo ($p < 0.05$). En el análisis de información se usaron los programas SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22 y Microsoft Excel y se utilizaron frecuencias y porcentajes para medir descriptivamente a las variables cualitativas. Del total de pacientes encuestados 24 (100%) el 14 (58.3%) conoce y el 10 (41.7%) no conoce sobre los factores de riesgos cardiovasculares modificables. La falta de conocimiento de los pacientes evaluados sobre los factores de riesgo tendrá consecuencias a futuro si no se aplicará las medidas de prevención de forma adecuada (19)

Variable Autocuidado

Internacional

Se realizó el estudio en México en 150 pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de hipertensión arterial. El estudio fue descriptivo transversal, aplicando el cuestionario sobre capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso valorado por 13 ítems el cual fue validado por jueces a través de una prueba piloto, se utilizó el programa SPSS 22 aplicando estadística descriptiva. De la población (150) respecto al autocuidado el 36,3% obtuvo un alto autocuidado, 53,3% medio y bajo 10%, lo cual implicaría insuficiente información para el cuidado de su salud y prevenir complicaciones (25).

Nacional

Se realizó el estudio en Perú en 76 adultos mayores con hipertensión arterial. Es un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, aplicando el cuestionario: Escala del nivel de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial, el cual fue evaluado por expertos a través de la correlación de Pearson, obteniendo un $r > 0.20$ por ítem, además obtuvo por medio de alfa de Cronbach una fiabilidad estadísticamente significativa $\alpha = 0.825$, se aplicó la prueba Chi cuadrado y cálculos con Odds Ratio (OR) con un 5% de significancia y 95% de confiabilidad. La mayoría de adultos mayores con hipertensión presentaron un inadecuado autocuidado (68,4%) y 31,6% adecuado. Por consiguiente, existe mayor prevalencia de inadecuado autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial (24).

2.2. Bases teóricas

Nola Pender

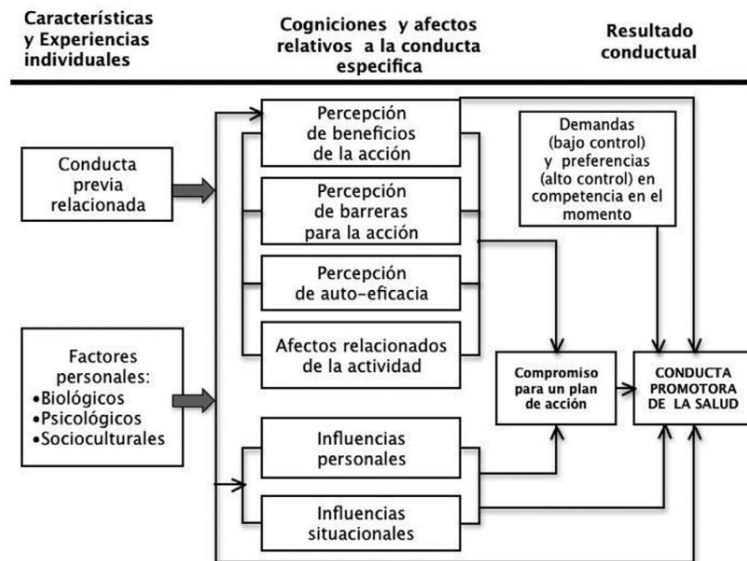
Modelo de la Promoción de la Salud (MPS)

En el siguiente trabajo se considera la teoría el Modelo de la promoción de la salud (MPS) de la autora Nola Pender que tiene como objetivo incrementar la motivación de conductas saludables hacia el potencial y bienestar de la persona. Como resultado se tiene en cuenta la toma de decisión adecuada sobre su propia salud e identifica los factores positivos que influyen en el comportamiento saludable, destacando las propiedades del conocimiento, experiencias relacionadas al cuidado y el comportamiento hacia el confort de la salud (26).

Este modelo de enfermería se relaciona entre la conducta y la promoción la cual tiene tres puntos principales (26):

1. Experiencia y cualidades de las personas.
2. Conocimientos sobre la conducta saludable.
3. Comportamientos de salud.

Nola Pender lo representa en el siguiente esquema:



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB²¹

La promoción de la salud es una acción clave que deben cumplir los enfermeros como los profesionales de salud, con el fin de orientar a los individuos a conductas beneficiosas a favor de su bienestar (26).

Se toma en cuenta este modelo que pretende explicar cómo influyen los factores en las conductas de salud. En la teoría se plantea un estilo de vida saludable a partir de los conocimientos y experiencias del individuo, el cual está asociado a la prevención de patologías a futuro, por consiguiente, se empleó el modelo debido a que un estilo y hábito de vida no saludable incrementa la probabilidad de padecer factores de riesgo de tipo cardiovascular (26).

La enfermera tiene como función a través del MPS proporcionar un cuidado que pretenda prevenir e identificar los factores de riesgo cardiovasculares con el objetivo de corregir o modificar la conducta del individuo por medio de la educación de mejora y autocuidado de estilo de vida, así mismo se incentiva a la persona a que comente lo aprendido con su entorno con un enfoque participativo promoviendo el autocuidado y el bienestar de la salud (26).

Dorothea Orem

Teoría General del Autocuidado

Dorothea Orem autora de las teorías general del Autocuidado conformadas por tres teorías asociadas entre ellas: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, cuyo objetivo principal se basa en los metaparadigmas de: persona, entorno, salud y enfermería (21).

Estos metaparadigmas son importantes debido a que la persona significa un ser integral, que tiene la capacidad de pensar y obtener conocimientos en base a experiencias y enseñanzas que se adquieren en medio del entorno que influye en la toma de decisiones de un individuo para el bienestar de su salud (21).

La teoría del autocuidado se basa en la conducta saludable a uno mismo aprendida por la persona que identifica los factores de su entorno que intervengan en el

desarrollo de su bienestar. Esta teoría expone la relación entre el conocimiento adquirido y la realización de la conducta del autocuidado (21).

A partir de esto surgen tres agentes de autocuidado: identificar y satisfacer las necesidades del cuidado hacia uno mismo, brindar la atención hacia otra persona de su importancia y el cuidado terapéutico que brinda la enfermera (21).

Así mismo se define tres requisitos de autocuidado, cuya finalidad es fomentar la iniciativa de vida saludable como también prevenir complicaciones patológicas a futuro en distintas etapas de la vida ya sea en la niñez, adolescencia, adultez y vejez (24).

Estos requisitos son necesarios para proteger y preservar la salud de los individuos en un periodo de tiempo, el cual da lugar a la práctica de prevención y promoción de la salud por parte del personal de enfermería (25).

Estos son:

Tabla 1. Requisitos de Autocuidado

Universales	De desarrollo	Desviaciones de la Salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos. • Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social. • Proporción de cuidados asociados con la eliminación • Prevención de peligros. • Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad. (Orem,1980;pág.42) 	<p>A. Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia, y edad adulta.</p> <p>B. Proporcionar cuidados en privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal. (Orem,1980;pág.47)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología. •Atención a los resultados del estado patológico. •Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología. •Atención a los efectos molestos de la terapia médica. •Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario. •Aprender a vivir con la patología. (Orem,1980;pág.51)

Tomado textualmente de Riehl Sisca, Teoría general de enfermería de Orem, Editorial Doyma p.291 (Tabla 31.2)

La teoría del déficit del autocuidado surge cuando la persona no cumple los requerimientos o no tiene la capacidad necesaria de autocuidado hacia su salud, por lo tanto, la intervención del personal de enfermería es fundamental para enseñar y cubrir las necesidades de este (21).

La teoría de sistemas de enfermería tiene como objetivo cumplir las funciones de esta, con el propósito de auxiliar y orientar a la persona a que tome una conducta positiva y responsable hacia su salud, así como también se le brindará un cuidado de calidad y adecuado promoviendo la educación hacia su bienestar. La enfermera proporcionará los conocimientos adecuados relacionados hacia el autocuidado, así como también se les guiará en la toma de decisiones y resolución de problemas de manera beneficiosa en su vida diaria (21).

Estos sistemas están conformados por:

Tabla 2. Sistemas de enfermería²²

TOTALMENTE COMPENSATORIO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	EDUCATIVO DE APOYO
Realiza el autocuidado.	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente.	Realiza el cuidado terapéutico del paciente.
Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.	Compensa la capacidad del paciente para realizar su autocuidado.
	Ayuda al paciente en lo que necesite.	Apoya y protege al paciente.
Hacer por el otro	Hacer con el otro	Dejar hacer al otro.

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

Se realizó un estudio no experimental de alcance descriptivo correlacional de diseño transversal. El mismo, tuvo como objetivo describir una población determinada con la finalidad de recolectar la información necesaria para conocer la relación que existen entre estas variables la cual se llevará a cabo en un determinado tiempo (27).

3.2. Población y muestra

Se estudió a personas con diagnóstico de hipertensión arterial de ambos sexos entre las edades de 60 años a más.

3.2.1. Tamaño de la muestra

La muestra se obtuvo de 138 adultos mayores con hipertensión arterial de ambos sexos la cual fue recolectada durante la etapa del 2019 en una clínica privada de Lima Norte, se alcanzó el objetivo de calcular una proporción próxima a 10%, con un nivel de confianza del 95%.

Fórmula:

$$N = \frac{Z(2) P.Q}{E(2)}$$

Donde:

N: tamaño de la muestra

Z (2): confianza (95%) 1.96

P: prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores (10%) 0,10

Q: complemento de prevalencia 0.90

E (2): error de muestreo (+- 5%) 0.05 siendo el tamaño de la muestra

Reemplazando se obtuvo:

$$n = \frac{(1.96) \times 0,10 \times 0,90}{(0.05)} = 138.2976$$

n= 138

3.2.2. Selección del muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que tengan el diagnóstico de hipertensión arterial (dato obtenido por la historia clínica del mismo establecimiento de salud).
- Personas mayores o igual a 60 años.

Criterios de Exclusión:

- Personas que no acepten participar en el estudio.
- Personas que no completen sus cuestionarios.

3.3. Variables

3.3.1. Definición conceptual y Operacionalización de variables

Variable principal 1: Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovasculares (19)

- **Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovasculares:** Es un almacenamiento de información adquiridos por los pacientes en base a una enseñanza o experiencia sobre la hipertensión arterial y los factores de riesgo cardiovasculares de una clínica privada (28).

Definición de las Dimensiones:

- **Hipertensión Arterial:** Elevación persistente y crónica de la presión arterial por encima de los valores normales (8).
- **Colesterol:** Forma parte de las lipoproteínas que, ante un aumento de esta, provocaría una dislipidemia por consiguiente elevaría la concentración plasmática de colesterol depositándose en las paredes arteriales favoreciendo a la formación de placas es decir un proceso de aterosclerosis (15).
- **Alimentación:** Consumo de dieta basado en frutas, vegetales y grasas saturadas, así como también la reducción en el consumo de sodio (17).
- **Tabaquismo:** Factor de riesgo cardiovascular que incrementa el desarrollo del aterosclerosis y el riesgo coronario (12).
- **Diabetes Mellitus:** Enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento de glucosa en sangre lo cual se da a consecuencia de la acción o producción de la insulina (17).
- **Obesidad:** La obesidad y el sobrepeso son considerados enfermedades crónicas de las cuales se caracterizan por la excesiva acumulación de grasa corporal que ocasiona diferentes alteraciones perjudiciales para la salud (18).
- **Sedentarismo:** Falta de actividad física (19).
- **Estrés:** Estado provocado por la estimulación de hormonas que incrementan la presión sanguínea y frecuencia cardiaca que a futuro ocasiona daño al sistema cardiovascular (19).

Operacionalización:

- Es una variable cualitativa, nominal y dicotómica.
- Consta de 24 preguntas.
- Se categorizan en: conoce (≥ 12), no conoce (< 12).
- Tiene como dimensiones una naturaleza cuantitativa discreta.
- Dimensiones:
 - Hipertensión Arterial:1-5
 - Colesterol: 1-3
 - Alimentación: 1-3
 - Tabaquismo: 1-3
 - Diabetes Mellitus: 1-3
 - Obesidad: 1-3
 - Sedentarismo: 1-2
 - Estrés: 1-2
- Cabe resaltar que a mayor puntaje es mayor el conocimiento.
- Cada alternativa vale 1 punto.

Variable principal 2: Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial (24)

- **Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial:** Es el conjunto de funciones que una persona debe realizar de forma continua con el objetivo de favorecer en el cuidado y bienestar para su vida priorizando el control de la presión arterial y así reducir los factores de riesgos además de evitar complicaciones hacia su salud (20).

Definición conceptual de las dimensiones:

- **Autocuidado:** Conducta saludable a uno mismo, aprendida por la persona que identifica los factores de su entorno que intervengan en el desarrollo de su bienestar (20).
- **Tratamiento y farmacoterapia:** Uso de fármacos (dosis, hora y tipo) para controlar la presión arterial, así como también el control en el centro de salud.
- **Alimentación:** una dieta en bajo consumo de sal, dieta rica en frutas, vegetales y mínimas grasas (24).
- **Actividad y reposo:** Practicar ejercicio físico aeróbico como algún deporte o realizar caminatas y descansar las horas adecuadas (24).
- **Conocimiento:** Sobre el autocuidado de su salud, control de peso y hábitos de salud (24).
- **Interacción social:** Si la persona adulta mayor busca ayuda sobre su cuidado cuando lo necesita (24).

Definición operacional:

- Es una variable cuantitativa, nominal y dicotómica.
- Consta de 21 preguntas.
- Se categoriza en Inadecuado (≤ 21) y Adecuado (>21).
- Tiene como dimensiones una naturaleza cuantitativa discreta.
- Dimensiones:

- Tratamiento y farmacoterapia, preguntas: Rango del 0-5
- Alimentación 5 ítems, preguntas: Rango 0-5
- Actividad y reposo 4 ítems, preguntas: Rango 0-4
- Conocimiento 6 ítems, preguntas: Rango 0-6
- Interacción social 1 ítem, pregunta: Rango 0-1
- Cabe resaltar que a mayor puntaje es mejor el autocuidado.
- Cada pregunta del cuestionario vale de 0 a 2 puntos.

Variables sociodemográficas

- Edad, variable cuantitativa discreta (años de edad).
- Sexo, variable cualitativa dicotómica (femenino, masculino)
- Grado de instrucción, variable cualitativa politómica (primaria, secundaria, superior)

3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos

Para la realización del estudio: Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado de pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019, se envió el proyecto al departamento de investigación de la Universidad Católica Sede Sapientiae (UCSS), donde se registró y se derivó al comité de ética para su posterior aprobación. Se habló posteriormente con el director de la clínica con la finalidad que conceda el permiso para la realización del estudio. Una vez aceptado se realizó la selección de la muestra de pacientes con hipertensión arterial y seguidamente se acudió al área clínica donde se llevó a cabo el proceso de encuestas. Así mismo, se procedió a proporcionar la información correspondiente sobre el estudio a realizar, adjuntando el consentimiento informado y haciendo mención que iba a ser realizada de forma anónima y voluntaria.

Instrumento 1:

Cuestionario sobre: “Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables” (19)

El cuestionario fue realizado con la finalidad de identificar el conocimiento de los pacientes con hipertensión arterial sobre los factores de riesgos cardiovasculares modificables. El mismo será aplicado de forma personal a cada paciente, su estructura consta de 24 preguntas cerradas de selección múltiple, cada pregunta tendrá 5 alternativas de las cual solo 1 es la respuesta.

Dimensiones:

- Hipertensión Arterial 5 ítems 1-5
- Colesterol 3 ítems: 6-8
- Alimentación 3 ítems: 9-11
- Tabaquismo 3 ítems: 12-14
- Diabetes Mellitus 3 ítems: 15-17
- Obesidad 3 ítems: 18-20
- Sedentarismo 2 ítems: 21-22
- Estrés 2 ítems: 23-24

A cada pregunta contestada correctamente recibirá el valor de 1 punto.

Validez

Es validado por medio de siete jueces expertos, profesionales cardiólogos e investigadores, la cual se realizó mediante una la prueba binomial, obteniendo un valor p estadísticamente significativo ($p < 0.005$) en todos los ítems y dimensiones.

Confiabilidad

Este instrumento será puesto a prueba por medio de un experimento piloto al cual se evaluaron 20 pacientes adultos mayores con hipertensión arterial. Se realizó la prueba estadística Alfa de Cronbach, dando como resultado un significativo nivel de confiabilidad: $\alpha = 0.66$.

Instrumento 2: Autocuidado (24)

“Escala de nivel de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial”

Este cuestionario fue adaptado a la “Escala de Likert”, que mide de forma inmediata la posición de cada individuo, este será aplicado por el investigador a sujetos adultos mayores que estén de acuerdo de colaborar con el estudio, el cuestionario consta de preguntas fáciles y rápidas de responder.

Esta escala se categoriza en Inadecuado nivel, la estructura del instrumento consta de 21 ítems sobre: Conocimientos, habilidades y actitudes, la cual se divide en 5 dimensiones:

- Tratamiento y farmacoterapia 5 ítems, preguntas: 1, 2, 3, 4,5
- Alimentación 5 ítems, preguntas: 6,7,8,10,11
- Actividad y reposo 4 ítems, preguntas: 12, 13,14,15
- Conocimiento 6 ítems, preguntas: 9,16, 18,19, 20, 21
- Interacción social 1 ítem, pregunta: 17

Estas 5 dimensiones van a tener como respuesta una escala ordinal la cual se va a dividir en: siempre (2 pts.), a veces (1 pts.) y nunca (0 pts.), a la sumatoria de las respuestas se va a categorizar posteriormente a una escala nominal teniendo como resultado el nivel del autocuidado.

Validez

Es validado por medio de jueces expertos, la cual se realizó mediante la correlación de Pearson, adquiriendo un “ r ” > 0.20 por ítem.

Confiabilidad

Este instrumento fue puesto a prueba por medio de un experimento piloto a “76 adultos mayores con hipertensión arterial en el Hospital I de Essalud, Nuevo Chimbote” con el objetivo de comprobar su viabilidad. Se realizó la prueba estadística Alfa de Cronbach, dando como resultado un significativo nivel de confiabilidad: $\alpha = 0.825$

3.5. Plan de análisis e interpretación de la información

Para el análisis de los datos estadísticos se utilizó el programa de Stata SE versión 14, para la descripción de variables cualitativas se usaron porcentajes y frecuencias. Así mismo se utilizaron promedios y desviación estándar para las variables cuantitativas. Para el análisis inferencial se calculó mediante la prueba Chi – cuadrado, donde se

consideró una significancia de un p – valor ≤ 0.05 estadísticamente significativa, para la relación entre dos variables se empleó correlación de Pearson.

3.6. Ventajas y limitaciones

Diseño transversal (19)

Ventajas

1. Busca una asociación entre variables así como también describe la prevalencia de exposición de una población determinada.
2. Se puede estudiar más de una variable que establecen relación con factores de exposición con la cual pretende explicar la patología.
3. Describe las precisiones de los fenómenos, sucesos, contextos o situaciones.

Desventajas

1. No se realiza un seguimiento, quiere decir que la información recolectada a una población determinada puede variar si se examina en otro momento.
2. Riesgo de presencia de errores, debido a que el tamaño de la muestra está determinada específicamente para la prevalencia de una condición.

3.7. Aspectos éticos

Se mantuvo la intimidad de la información recolectada y se elaboró la encuesta de forma íntima y de modo auto dirigido. En el tiempo de la recolección de los datos siempre estuvo presente una persona designada y de confianza por los investigadores debidamente capacitados para resolver posibles inoportunos de parte de los participantes.

Toda la información acumulada fue almacenada en una base de datos de uso privado que estuvo protegida mediante una contraseña, que solo los autores tuvieron acceso.

Se les otorgó un consentimiento informado a los participantes (ver anexo 4) mediante el cual se obtuvo la autorización para ceder a la investigación y fue llenado de forma voluntaria, el presente estudio no hizo público algún dato obtenido del participante, todo se manejó de forma anónima respetando la privacidad de él mismo. Este estudio por mayor seguridad fue presentado, registrado y aprobado ante el Comité de Ética e investigación (Anexo 5).

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra que la edad media de los adultos mayores con hipertensión arterial fue 70.10 años, así mismo, el 52.90% fue del sexo masculino y el 47.10% del sexo femenino, el 56.52% tuvo una educación secundaria y el 42.03% provino tanto de la costa como la sierra. Además, se observa que la mayoría de los encuestados no conoció sobre los factores de riesgo cardiovascular (52.90%), respecto a la media de la dimensión de hipertensión arterial fue de 2.39 puntos, colesterol 1.58 puntos, alimentación 2.02 puntos, tabaquismo 1.44 puntos, diabetes mellitus 1.54 puntos, obesidad 1.87 puntos, sedentarismo 0.82 puntos y estrés 0.91 puntos. Por otro lado el 56.52% tuvo un nivel adecuado de autocuidado, así mismo se obtuvo una media de 5.77 puntos respecto a la dimensión tratamiento y farmacoterapia, en alimentación fue 5.46 puntos, actividad y reposo 4.10 puntos, conocimiento 6.21 puntos e interacción social 0.84 puntos.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Características	n	%
Edad (Media±DE)	70.10 ± 8.02	
Sexo		
Masculino	73	52.90
Femenino	65	47.10
Grado de instrucción		
Primaria	39	28.26

Secundaria	78	56.52
Superior	21	15.22
Procedencia		
Costa	58	42.03
Sierra	58	42.03
Selva	22	15.94
Conocimientos sobre factores cardiovasculares modificables		
No conoce	73	52.90
Conoce	65	47.10
Hipertensión (Media±DE)	2.06±0.92	
Colesterol (Media±DE)	1.58±0.73	
Alimentación (Media±DE)	2.02±0.74	
Tabaquismos (Media±DE)	1.44±0.72	
Diabetes Mellitus (Media±DE)	1.54±0.78	
Obesidad (Media±DE)	1.87±0.72	
Sedentarismo (Media±DE)	0.82±0.69	
Estrés (Media±DE)	0.91±0.68	
Nivel de Autocuidado		
Inadecuado	60	43.48
Adecuado	78	56.52
Tratamiento y farmacoterapia (Media±DE)	5.77 ± 1.37	
Alimentación (Media±DE)	5.46 ± 1.18	
Actividad y reposo (Media±DE)	4.10 ± 1.17	
Conocimiento (Media±DE)	6.21 ± 1.63	
Interacción social (Media±DE)	0.84 ± 0.61	

El conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables se asoció significativamente con el nivel de autocuidado ($p = <0.001$), es decir que los adultos mayores que tienen conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables tuvieron un autocuidado inadecuado (60%). La edad en años se asoció con el nivel de autocuidado ($p = 0.047$), por consiguiente, los adultos con menos edad en años tuvieron un autocuidado inadecuado (media= 68.70) en comparación con los que tienen más años de vida (media=71.19). El resto de asociaciones no fue significativa (ver tabla 2).

Tabla 2. Asociación entre las variables sociodemográficas y el nivel de autocuidado

Características	Nivel de Autocuidado		p-valor
	Inadecuado n (%)	Adecuado n (%)	
Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables			<0.001
No conoce	21 (28.77)	52 (71.23)	
Conoce	39 (60.00)	26 (40.00)	
Edad (Media±DE)	68.70 (7.88)	71.19 (8.01)	0.047
Sexo			0.262
Masculino	35 (47.95)	38 (52.05)	

Femenino	25 (38.46)	40 (61.54)	
Grado de instrucción			0.154
Primaria	12 (30.77)	27 (69.23)	
Secundaria	37 (47.44)	41 (52.56)	
Superior	11 (52.38)	10 (47.62)	
Procedencia			0.521
Costa	24 (41.38)	34 (58.62)	
Sierra	24 (41.38)	34 (58.62)	
Selva	12 (54.55)	10 (45.45)	

Se asoció el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables con la dimensión farmacoterapia de la variable autocuidado (p-valor 0.008). Los adultos mayores que no conocieron sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables (media=6.07), obtuvieron un mayor valor en la dimensión de farmacoterapia en comparación de los que conocieron (media=5.45). La dimensión colesterol del conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables se correlacionó inversamente con la dimensión farmacoterapia de la variable nivel de autocuidado en pacientes hipertensos (p=0.0001). También la variable procedencia se asoció con la dimensión alimentación (p-valor de 0.041), donde el mayor promedio lo obtuvo de los que procedieron de la costa (media de 5.67). La variable conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular se asoció con la variable autocuidado, en la que se observa un valor mayor de la dimensión actividad y reposo (p-valor 0.034) en los que no conocieron (media= 6,07), en comparación de los que conocieron (media=3.87). En la variable conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular se asoció con la variable autocuidado en la dimensión conocimiento (p-valor 0.003) en la cual se alcanza un mayor valor en los que no conocen sobre los factores (media=6.59). La dimensión sedentarismo de la variable conocimiento se correlaciona inversamente con la dimensión conocimiento de la variable autocuidado (p-valor 0.009), así mismo también se correlaciona la dimensión edad (p-valor de 0.018) y la variable grado de instrucción nivel primaria la cual alcanzó un p-valor de 0.016 en la variable autocuidado de la dimensión conocimiento (ver tabla 3)

Tabla 3. Asociación entre las variables sociodemográficas y las dimensiones del nivel del autocuidado

Características	Farmacoterapia		Alimentación		Actividad y reposo		Conocimiento		Interacción social	
	(Media±DE)	p-valor	(Media±DE)	p-valor	(Media±DE)	p-valor	(Media±DE)	p-valor	(Media±DE)	p-valor
Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables		0.008		0.081		0.034		0.003		0.561
No conoce	6.07 (1.36)		5.64 (1.23)		4.30 (1.13)		6.59 (1.64)		0.88 (0.69)	
Conoce	5.45 (1.33)		5.26 (1.33)		3.87 (1.20)		5.78 (1.52)		0.81 (0.53)	
Hipertensión	-0.132	0.123	-0.124	0.146	-0.154	0.072	-0.159	0.062	-0.059	0.487
Colesterol	-0.324	0.0001	-0.082	0.339	-0.019	0.827	-0.037	0.668	0.005	0.951
Alimentación	0.106	0.216	-0.068	0.431	0.113	0.187	0.067	0.435	-0.102	0.234
Tabaquismo	-0.015	0.86	-0.037	0.665	0.074	0.387	-0.111	0.195	0.171	0.045
Diabetes Mellitus	-0.184	0.031	-0.056	0.511	-0.0601	0.484	0.029	0.728	-0.024	0.779
Obesidad	0.096	0.264	0.038	0.658	-0.019	0.822	0.034	0.691	-0.009	0.912
Sedentarismo	-0.095	0.269	0.0502	0.559	-0.103	0.228	-0.219	0.009	0.0402	0.639
Estrés	0.0023	0.978	-0.037	0.67	-0.124	0.148	-0.114	0.185	-0.014	0.868
Edad (Rho)	0.195	0.022	0.013	0.878	0.160	0.061	0.201	0.018	0.001	0.987
Sexo		0.768		0.910		0.286		0.704		0.102
Masculino	5.81 (1.39)		5.45 (1.29)		4.00 (1.20)		6.26 (1.62)		0.77 (0.68)	
Femenino	5.74 (1.37)		5.48 (1.29)		4.21 (1.15)		6.15 (1.65)		0.94 (0.53)	
Grado de instrucción		0.851		0.533		0.226		0.016		0.896
Primaria	5.82 (1.35)		5.38 (1.25)		4.36 (1.09)		6.74 (1.57)		0.85 (0.67)	
Secundaria	5.79 (1.38)		5.56 (1.34)		3.96 (1.15)		6.13 (1.54)		0.83 (0.61)	
Superior	5.62 (1.46)		5.23 (1.13)		4.14 (1.42)		5.52 (1.83)		0.90 (0.54)	
Procedencia		0.625		0.041		0.322		0.957		0.959
Costa	5.88 (1.41)		5.67 (1.32)		4.00 (1.09)		6.17 (1.57)		0.85 (0.58)	
Sierra	5.76 (1.42)		5.48 (1.22)		4.27 (1.19)		6.26 (1.70)		0.86 (0.63)	
Selva	5.54 (1.18)		4.86 (1.24)		3.91 (1.34)		6.19 (1.68)		0.82 (0.66)	

La variable edad se asoció significativamente con la variable conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular la cual alcanzó un p-valor significativo <0.001 donde la media de edad de los adultos mayores que no conoce fue 74.88, mientras que los adultos mayores que conoce fue 64.75, del mismo modo la variable de grado de instrucción obtuvo un p-valor <0.001 donde el 52.56% de nivel secundaria no conoce y el 47.44% conoce (ver tabla 4).

Tabla 4. Asociación de entre las variables sociodemográficas, nivel de autocuidado y conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables

Características	Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables		p-valor
	No conoce n (%)	Conoce n (%)	
Edad (Media±DE)	74.88 (7.61)	64.75 (4.19)	<0.001
Sexo			0.833
Masculino	38 (52.05)	35 (47.95)	
Femenino	35 (53.85)	30 (46.15)	
Grado de instrucción			<0.001
Primaria	28 (71.79)	11 (28.21)	
Secundaria	41 (52.56)	37 (47.44)	
Superior	4 (19.05)	17 (80.95)	
Procedencia			0.725
Costa	29 (50.00)	29 (50.00)	
Sierra	33 (56.90)	25 (43.10)	
Selva	11 (50.00)	11 (50.00)	

La variable autocuidado se asoció significativamente con la dimensión hipertensión de la variable conocimiento (p-valor 0.008), esta obtuvo un mayor valor en el nivel de autocuidado inadecuado (media = 2.3). La variable sexo se correlaciona con la dimensión alimentación de la variable conocimiento (0.0012), siendo los del sexo masculino los que predominaron (media = 2.18). El grado de instrucción se asoció con la dimensión tabaquismo de la variable conocimiento (p-valor = 0.004), donde se destacó el nivel superior (media = 1.81), de tal forma la dimensión diabetes de la variable conocimiento se asoció con la variable grado de instrucción en la cual predominó el nivel superior (media = 1.49). Así mismo el grado de instrucción se asoció con la dimensión estrés de la variable conocimiento (p-valor 0.002) la cual alcanzó un mayor valor en el nivel superior (media = 1.14) (ver tabla 5)

Tabla 5. Asociación entre las variables sociodemográficas, el autocuidado y las dimensiones del conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables

Características	Hipertensión (Media±DE)	p-valor	Colesterol (Media±DE)	p-valor	Alimentación (Media±DE)	p-valor	Tabaquismo (Media±DE)	p-valor	Diabetes Mellitus (Media±DE)	p-valor	Obesidad (Media±DE)	p-valor	Sedentarismo (Media±DE)	p-valor	Estrés (Media±DE)	p-valor
Nivel de Autocuidado		0.008		0.0678		0.604		0.341		0.762		0.745		0.396		0.424
Inadecuado	2.3±0.869		1.72±0.76		2.07±0.76		1.52±0.68		1.57±0.72		1.9±0.71		0.88±0.64		0.97±0.64	
Adecuado	1.88±0.93		1.49±0.69		2±0.74		1.39±0.76		1.53±0.83		1.86±0.75		0.78±0.83		0.87±0.73	
Edad (Media±DE)	-0.355		-0.219		0.014		-0.369		-0.382		-0.075		-0.238		-0.366	
Sexo		0.435		0.509		0.012		0.962		0.426		0.486		0.418		0.739
Masculino	2.12±0.971		1.55±0.67		2.18±0.65		1.45±0.69		1.49±0.80		1.92±0.76		0.78±0.71		0.93±0.69	
Femenino	2±0.866		1.63±0.80		1.86±0.81		1.45±0.77		1.6±0.77		1.83±0.69		0.88±0.67		0.89±0.69	
Grado de instrucción		0.101		0.667		0.324		0.004		0.012		0.712		0.144		0.0002
Primaria	1.89±0.85		1.59±0.72		2.18±0.76		1.18±0.82		1.41±0.85		1.79±0.69		0.64±0.74		0.54±0.55	
Secundaria	2.05±0.97		1.55±0.69		1.96±0.73		1.48±0.66		1.49±0.77		1.91±0.79		0.89±0.66		1.04±0.71	
Superior	2.43±0.81		1.71±0.90		2±0.77		1.81±0.60		2±0.55		1.90±0.54		0.90±0.70		1.14±0.57	
Procedencia		0.9744		0.579		0.214		0.142		0.829		0.241		0.25		0.131
Costa	2.09±0.99		1.59±0.70		2±0.70		1.59±0.65		1.51±0.75		1.91±0.66		0.81±0.71		0.88±0.75	
Sierra	2.06±0.87		1.53±0.71		2.13±0.69		1.38±0.77		1.53±0.84		1.93±0.75		0.76±0.73		0.84±0.64	
Selva	2.05±0.89		1.73±0.88		1.82±0.96		1.27±0.77		1.64±0.73		1.64±0.85		1.05±0.49		1.18±0.59	

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión

En el estudio se obtuvo una asociación significativa entre la variable conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Dando por consiguiente que los adultos mayores que conocen sobre los factores de riesgo cardiovascular tienen un autocuidado inadecuado, esto dependió y se asoció también con diferentes variables como el grado de instrucción, el sexo, la edad y el lugar de procedencia.

Los adultos mayores con hipertensión arterial que tuvieron conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables presentaron un nivel de autocuidado inadecuado. Este resultado concuerda con el estudio sobre "Relación entre el conocimiento en hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular con estilos de vida saludables", que llega a la conclusión que tener un buen conocimiento no siempre es suficiente para llevar un estilo de vida saludable (29). Lo cual significa que tener conocimiento es necesario, pero no influye de manera positiva en el cambio de estilo de vida lo que conlleva a una práctica deficiente del autocuidado de la persona como también del tratamiento de la hipertensión arterial. Por ende, es necesario el desarrollo de estrategias por parte del personal de enfermería para ayudar a las personas en la toma de decisiones para el cuidado y bienestar necesario de la salud por consiguiente se evitaría complicaciones a futuro, porque la promoción de la salud es una estrategia fundamental que través de la educación, tanto para la persona, familia y comunidad influye en la formación de conductas saludables como también el desarrollo del autocuidado (21).

La edad se asocia significativamente con el autocuidado, es decir los adultos mayores con menor edad tuvieron un autocuidado inadecuado en comparación a los adultos con más años de vida. Este hallazgo coincidió con el estudio sobre "Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores" que presentó en sus resultados que el 48,8% de su población tuvieron un rango de 60 a 70 años donde el 99,6% presentó baja agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial asociándose significativamente (30). En el transcurso de nuestra vida se aprende a cuidar de nosotros mismos y cuidar a otros, por tal motivo es importante que el autocuidado se practique constantemente en esta edad junto a la educación o capacitación de la persona. Estas prácticas de autocuidado constan de un estilo de vida el cual la persona cuando pasan los años se preocupa por mejorar su salud y bienestar adoptando medidas preventivas hacia enfermedades cardiovasculares (30). El autocuidado a pesar de que pasen los años va a ser siempre una acción necesaria y fundamental que tiene como finalidad el proteger o cuidar la salud en nuestra vida cotidiana y lograr así su desarrollo humano en la cual la persona en este caso el adulto mayor debe priorizar para obtener un enfoque en el control de su enfermedad (30).

Los adultos mayores que no tuvieron conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular presentaron un adecuado autocuidado en farmacoterapia, esto coincide con el estudio sobre "conocimientos, prácticas y actitudes de autocuidado en pacientes hipertensos pertenecientes a la cartera del adulto mayor en el Hospital Uldarico Rocca Fernández Villa el salvador", que concluyó que el mayor porcentaje de los pacientes hipertensos tienen conocimientos sobre los factores de riesgo sin embargo tienen actitudes medianamente desfavorables sobre la medicación y control de la presión (31). Lo cual se sobreentiende que los adultos mayores tienen conocimientos sobre los factores de riesgo, pero no proyectan esto en la práctica de autocuidado, lo que da a suponer que no se está tomando conciencia sobre la enfermedad (31).

La mayor parte de adultos mayores del estudio que provinieron de la costa tienen un adecuado autocuidado sobre su alimentación, este hallazgo coincide con el estudio sobre "Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de cardiología del hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD", la cual la mayor parte de su población provinieron de la costa (65%) tienen una buena alimentación basado en frutas y verduras así como también evitaron el consumo de sal, bebidas alcohólicas y cigarrillos (32). La práctica de estilo de vida saludable en base a su alimentación es considerada como tratamiento no farmacológico, que ayuda muchas veces junto a otros estilos de vida a la reducción de la presión arterial, así como la prevención de enfermedades cardiovasculares. Por eso, es importante la creación de programas educativos enfocados a un estilo de vida saludable y a la promoción de una buena alimentación, esto beneficia a los adultos mayores de la costa que tienen a su alcance por un medio de comunicación social publicidades sobre alimentación saludable, así como también mayor información y acceso a establecimientos de salud cerca de su vivienda (33).

Los adultos mayores que no conocieron sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables tienen mejor autocuidado en la actividad y reposo, esto concuerda con el estudio de Tuesca R. sobre "Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España", donde se observa en sus resultados que las personas que tuvieron mayor control sobre su presión arterial y los que manifiestan realizar actividad física en tiempo libre fueron los de bajo nivel de escolaridad y por ende tienen bajos conocimientos, sin embargo son los que realizan más actividad física en su tiempo libre. Además, se comenta sobre que diferentes investigaciones no coinciden con su hallazgo por lo cual llega a la conclusión que por una participación activa del personal de salud tanto médico como enfermera en la educación de forma clara y concisa se puede llegar a tener un mejor cuidado con base teórica en el estilo de vida, así como también un óptimo control de la presión arterial como muestra en sus resultados (34).

Los adultos mayores que conocieron sobre los factores de riesgo cardiovascular tuvieron un inadecuado conocimiento sobre el autocuidado, este hallazgo concuerda con el estudio de "Relación entre el grado de conocimiento sobre la diabetes y las prácticas de autocuidado en pacientes con pie diabético", en la cual llega a la conclusión que una parte de encuestados tiene conocimiento y prácticas adecuadas sobre el autocuidado, sin embargo, muchas veces no ponen en práctica dicho conocimiento (35). Lo cual significa que los pacientes cumplen con el tratamiento y a la vez mantienen un buen autocuidado, pero no precisamente por los conocimientos que tienen sobre la enfermedad o complicaciones que pueda presentar sino por una percepción en su entorno ya sea de amigos o familiares lo cual los conlleva a emprender esa acción (35).

Los adultos mayores con grado de instrucción primaria tuvieron un buen conocimiento sobre el autocuidado, este hallazgo coincidió con el estudio sobre "Factores demográficos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con crisis hipertensiva que acuden al Hospital Cascas", donde se obtuvo como resultado que el 53.8% fue de adultos mayores de 60 años y en su mayoría tuvieron como grado de instrucción sin estudios, primaria incompleta y primaria completa quienes practicaban un regular autocuidado seguido de una buena práctica de autocuidado, llegando a la conclusión que existe relación altamente significativa entre la edad, el grado de instrucción y las prácticas de autocuidado en pacientes adultos hipertensos (36). Esto significa que tener un grado de instrucción no es requisito para que la persona en este caso el adulto mayor tenga un buen cuidado de su salud, debido a que la información será adquirida por medio de su propio entorno como el apoyo y recomendaciones que le pueda brindar el familiar o la misma comunidad, por consiguiente, la práctica del

autocuidado en adultos mayores con bajo grado de instrucción se debe a la orientación de su ambiente (36).

Los adultos mayores menores de 70 años conocieron sobre los factores de riesgo cardiovascular, esto coincidió con el estudio "Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes hipertensos de servicios de medicina del HNMD", donde llegó a la conclusión que el 58.3% de adultos mayores de 60 años conoce sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables (19). Esto se debe a que esta información adquirida por pacientes adultos de 60 años a menos ponen en práctica constantemente la memoria y refuerzan su conocimiento, a diferencia de los adultos que sobrepasan esta edad ya que a medida que la edad avanza se presenta el deterioro cognitivo lo que conlleva complicaciones a futuro, es por eso que se debe fortalecer la educación constante así como también el autocuidado para evitar que el adulto pierda ciertas capacidades ya sean funcional o independiente (37).

Los adultos mayores con un grado de instrucción de primaria no conocieron sobre los factores de riesgo cardiovascular, esto coincidió con el hallazgo sobre el tema de "Conocimientos y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios" donde se obtuvo como edad promedio a pacientes de 62.8 años de los cuales los participantes con un nivel educativo medio y alto tuvieron un mayor conocimiento a comparación de los que presentaron una educación baja, llegando a la conclusión que el grupo de pacientes con un conocimiento inadecuado tiende a presentar un riesgo cardiovascular alto o moderado (38). El proceso educativo abarca distintos niveles como inicial, primaria y secundaria, estos son importantes durante nuestro desarrollo. El nivel primario de la educación promueve el manejo operacional del conocimiento y nos ayuda a poner en práctica nuestras habilidades, así como también a desarrollar nuestro potencial y comprender o interpretar hechos cercanos en nuestro entorno (39). Quiere decir que a través de este aprendizaje conforme pase el tiempo lo va a tener que reforzar con nuevos conocimientos y experiencias que adquirirá a lo largo de la vida (39).

Los adultos mayores que obtuvieron un nivel de autocuidado inadecuado tuvieron conocimiento sobre el factor de riesgo hipertensión arterial, estos resultados son similares al estudio "Autocuidado y nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital I de ESSALUD - Nuevo Chimbote", este tiene como resultados que la mayoría de su población obtuvo un inadecuado autocuidado así como también algunos adultos mayores presentaron un nivel de conocimiento suficiente sobre hipertensión arterial (24). Sin embargo, los pacientes pueden tener el conocimiento o la idea de las complicaciones sobre la hipertensión arterial pero no es suficiente con conocer sino ponerlo en práctica y tomar conciencia sobre la patología que presenta y esto se dará siempre y cuando considere mantener un estilo de vida saludable, así como realizar actividades que mejoren su salud, así como estilo de vida (24).

Los adultos mayores del sexo masculino conocieron sobre la alimentación saludable en comparación con las mujeres. Esto coincide con el estudio acerca: "Efectividad de la intervención educativa "comer bien es salud" dirigido a los adultos mayores del asentamiento humano Javier Pérez de Cuellar en San Juan de Lurigancho" llegando a la conclusión que la mayoría de adultos mayores del género masculino conocen sobre alimentación nutricional, así como también las complicaciones y enfermedades que conlleva una alimentación no saludable (40). Se tiene que tomar en cuenta también que mientras incrementa la edad el metabolismo se torna más lento ya que el proceso de envejecimiento es complejo y sufre diferentes cambios ya sean fisiológicos o psicológicos, pero a diferencia del hombre la mujer cruza por cambios hormonales (embarazo, el parto, lactancia) que muchas veces conlleva a crear

desorden alimenticio a temprana edad, por consiguiente, estos malos hábitos afectan más a las mujeres conforme los años van pasando (40).

Los pacientes adultos mayores del presente estudio tuvieron un grado de instrucción en el nivel secundario donde se asocian con las dimensiones diabetes mellitus, tabaquismo y estrés de la variable nivel de conocimientos sobre factores de riesgo cardiovascular que coincide con el estudio de Durán en el 2015 sobre "Conocimientos, prácticas y actitudes de autocuidado en pacientes hipertensos pertenecientes a la cartera del adulto mayor" donde los factores como tabaquismo y sedentarismo fueron los que más predominaron respecto a conocimiento y como antecedente familiar fueron la diabetes y cardiopatía teniendo la mayoría primaria y secundaria completa, sin embargo tienen prácticas de autocuidado inadecuadas (31). Además, el estudio de la autora Esteve I. acerca de "Factores de riesgo cardiovascular ¿realmente existe una relación con el nivel educativo?" donde el 61% de su población tiene un educativo bajo llegando a la conclusión que diferentes factores en la población de bajo nivel educativo presentan obesidad global y abdominal, haciendo presente que la importante que es la educación sobre la prevención cardiovascular (41).

Por otro lado el estudio de López A. sobre la Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años nos hace mención en su resultado que tanto mujeres como varones que refirieron no tener estudios presentan un nivel de factores de riesgo cardiovascular elevado encontrando a las principalmente a las patologías como el tabaquismo, diabetes y obesidad, llegando a la conclusión que el grado de instrucción puede influenciar en relación a un paciente con un riesgo elevado cardiovascular (42).

Algunos estudios de investigación han argumentado que la mayoría de adultos mayores con un buen nivel de conocimiento no siempre ponen en práctica un autocuidado favorable para su salud, debido a eso la educación y la prevención sobre factores de riesgo y el autocuidado influirá de forma positiva para su bienestar, de tal forma la enfermera con apoyo del familiar o cuidador deberá brindar confianza y seguridad al paciente para la mejora de su enfermedad como también cambios en el estilo de vida, adhesión a la medicación prescrita por el médico y el control de su presión, esto ayudará al paciente a comprender mejor sobre su patología (42).

5.2. Conclusiones

En el presente estudio de investigación se acepta la hipótesis alterna, donde el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables está asociado con el nivel de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial.

Según las variables sociodemográficas significativas, los adultos mayores con hipertensión arterial que no conocen sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables tienen un adecuado autocuidado, por otro lado, los adultos mayores que conocen sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables tienen un inadecuado autocuidado, además la edad está relacionada con el autocuidado de los adultos mayores con hipertensión.

Los adultos mayores con grado de instrucción primaria tienen mayor conocimiento sobre el autocuidado de los que presentaron un grado de instrucción de nivel secundaria, así mismo la dimensión del grado de instrucción tuvo asociación con las dimensiones tabaquismo, diabetes mellitus y estrés, del mismo modo los de procedencia de la costa tienen mejor autocuidado en su alimentación que los de la sierra y selva.

5.3. Recomendaciones

Se deben realizar estudios similares en otro tipo de establecimiento u otra población con el fin de tener otra perspectiva y comparar la problemática en el ámbito nacional, como también se deberá incrementar la población a estudiar con el objetivo de obtener una mayor información.

Se recomienda la creación de más programas educativos, así como actividades dirigidas a los adultos mayores con hipertensión arterial resaltando los factores de riesgo y las complicaciones que estos pueden conllevar si no se realiza un adecuado autocuidado, por consiguiente, el paciente mejorará el estilo de vida que lleva siempre y cuando logre tener el conocimiento y reconocer los factores de riesgo cardiovascular que implica no tener un buen autocuidado; mientras el personal de salud no realice la capacitación adecuada, la persona con hipertensión estará susceptible a las complicaciones y riesgos que pueda conllevar dicha patología, así mismo no tomarán en cuenta el valor y el beneficio que tiene el tratamiento farmacológico para la salud.

Los resultados de esta investigación indica la necesidad de programas sobre prevención y promoción que se centren en la educación sobre el conocimiento de riesgos cardiovasculares, así como la práctica del autocuidado en el adulto mayor, también se necesita la participación y apoyo de la familia o cuidadores en las charlas, con la finalidad de fortalecer sus conocimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la salud, Enfermedades Cardiovasculares: who.int; 2017, [acceso 20 de abril del 2019]. Disponible en: [[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))]
2. Lobos J, Brotons C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. ELSEVIER 2011, 43(12):668-677
3. Trindade C, Dos Santos L, Carvalho M, Silva S. Hipertensión arterial y otros factores de riesgos asociados a enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev Latino - Am Enfermagem 2014; 22 (4) 547 - 553
4. Cañizares R, Peris J, Botas M, Merino J. Factores de riesgo vascular. Medicine 2009; 10(40):2668-77
5. Álvarez E. Semiología Médica. 1ra edición. Panamericana. Buenos Aires, 2013.
6. Ortiz H, Vaamonde R, Zorrilla b, Arrieta F, Casado M, Medrano J. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la comunidad de Madrid. Rev. Esp Salud Publica 2011;85: 329-338
7. American Heart Association Estilo de vida más reducción de Factores de Riesgos, España 2017. Disponible en: https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/whatishighbloodpressure_span-ucm_316246.pdf
8. Manual CTO de Medicina y Cirugía, Cardiología y cirugía Cardiovascular, 8va ed. Madrid. Editorial CTO Medicina S.L 2011 [
9. Enfermería Global, Hipertensión Arterial: Principales factores de riesgo modificables en la estrategia de salud de la familia, España Weschenfelder Magrini D., Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enferm. glob. [Internet]. 2012 Abr [citado 2019 Abr 27]; 11(26): 344-353.
10. Jurado A. Cardiología y cirugía cardiovascular. 9na edición. Grupo CTO. Madrid, 2014.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú enfermedades no transmisibles y transmisibles 2018, Lima: Depósito legal en la biblioteca nacional del Perú; 2019. p. 21-42. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib152_6/libro.pdf]
12. Ruiz E. Riesgo y prevención cardiovascular, Lima: Ruiz E. 2019. p15 - 43. Disponible en: [<http://www.sscardio.org/wp-content/uploads/2016/11/RIESGO-CARDIOVASCULAR-V44-copia.pdf>]
13. Areiza M, Osorio E, Ceballos M, Amariles P. Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. Revista Colombiana de Cardiología. 2018;25(2):162-168.
14. Balcells M. El estudio de Framingham, Servicio de Neumología. Hospital Universitario del Sagrat Cor. 2016; 4(4). p 43-46.
15. Canalizo E, Favela E, Salas J, Gómez R, Jara R, Torres L, Viniegra A. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias, Revista Med. Instrumentos clínicos 2013;51 (6): p700-709.
16. www.who.int, Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Diabetes. Disponible en: [https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/]
17. Curos A, Serra J. Relevancia de la hiperglucemia en el síndrome coronario agudo, Revista Española de Cardiología. 2008; 61(5):447-450.
18. www.who.int, Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Obesidad. Disponible en: [<https://www.who.int/topics/obesity/es/>]
19. Gotelli J, Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes hipertensos de servicios de medicina del HNMD - 2015 [Tesis de título] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.

20. Rivera L. Capacidad de Agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Rev. Salud Pública. 2006;8(3): 235 - 247.
21. Vega O, González D. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y Cuidado Colombia 4(4)2004.
22. www.inei.gob.pe, Condiciones de Riesgo Cardiovasculares [Sede Web]. www.inei.gob.pe; 2012. Disponible en: [\[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/cap02.pdf\]](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/cap02.pdf)
23. www.Paho.org; Perú, perfil de enfermedades cardiovasculares [Sede Web]. www.paho.org; 2014. Disponible: [\[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PERU-PERFIL-ECV-2014.pdf\]](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PERU-PERFIL-ECV-2014.pdf)
24. Paredes C. Autocuidado y nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial del hospital I de ESSALUD - Nuevo Chimbote, 2015. [Tesis Título]. Chimbo: Universidad Nacional De la Santa; 2015.
25. Trejo O, Trejo A, Nieto K, López B, Peza G, Desde las aulas, Lux Médica, Mayo - Agosto 2018.
26. Aristizábal P, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R, El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. México: Enero-UNAM, 4 de octubre del 2011.
27. Hernández R. Metodología de la Investigación, Formulación de hipótesis, 2014; 6(6): 102-104.
28. Cheesman S, Conceptos básicos en la investigación. México: UVM, 2011; p1. <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
29. Arévalo B, Mirna T, Odina N. Relación entre conocimientos en Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Cardiovasculares con estilos de vida saludables. Revista virtual de postgrado 1(1):59-61.
30. Alba Rosa Fernández, Fred Gustavo Manrique-abril. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Revista Avances en Enfermería 2011; 29(1):30-41.
31. Duran L. Conocimientos, prácticas y actitudes de autocuidado en pacientes hipertensos pertenecientes a la cartera del adulto mayor en el Hospital Uldarico Roca Fernández Villa el Salvador. [Tesis Profesional] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
32. Fanarraga J. Conocimiento y Práctica de Autocuidado Domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD. [Tesis profesional] Lima: ESCUELA DE ENFERMERIA DE PADRE LUIS TEZZA AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA; 2017.
33. El peruano. Normas Legales [Sede Web]. Lima: EIPeruano.pe; 2001-[Actualizada 17 de mayo del 2013]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-promocion-de-la-alimentacion-saludable-para-ninos-ni-ley-n-30021-938532-1/>
34. Molina R, Guayar P, Vanegas J y Pérez A. Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. Revista Esp Salud Pública 2006; 80(3):235-239
35. Soto M. Relación entre el grado de conocimiento sobre la diabetes y las prácticas de autocuidado en pacientes con pie diabético en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2018. [Tesis Profesional] Lima: Universidad Privada Juan Pablo II; 2018.
36. Pérez E, Magdalena M, Lozano M, Morales M, De la Luz B, Rugerio M. Factores de riesgo cardiovascular en población adulta aparentemente sana de la ciudad de Puebla. Revista mexicana de enfermería cardiológica. 2008; 16 (3):89-90.

37. Grimaldo S, Mancera L. SALUD MENTAL Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE GIRARDOT COLOMBIA. Revista pedagógica de la Universidad de Cienfuegos 2019:462-463.
38. Areiza M, Osorio E, Ceballos M y Amariles P. Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. Rev. Colomb. Cardiol. 2018;25(2):165-167
39. Guevara L. Relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre la salud bucal en gestantes que acuden al centro de salud San Francisco – Microred cono sur en los meses octubre – diciembre año 2013, Tacna. [Tesis Profesional] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna; 2014.
40. Hernández S. Efectividad de la intervención educativa “Comer bien es salud” Dirigido a los adultos mayores del asentamiento humano Javier Pérez de Cuellar en San Juan de Lurigancho Lima – Perú, 2015 [Tesos Profesional] Lima: Universidad Alas Peruanas; 2018.
41. Ruiz E, Grande A, Acosta D. Factores de riesgo cardiovascular, ¿realmente existe una relación con el nivel educativo? Cardiovascular risk factors, is there a real connection between them and the educational level? 2015; 50(1):34-37
42. López A, Elvira J, Beltrán M, Alwakil M, Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en mayores de 50 años en Sanlúcar de Barrameda, España. Revista Española de Cardiología 2008; 61(11):1150-1158.

ANEXOS
ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en una clínica de Lima 2019”

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores	Población y muestra	Diseño	Instrumentos	Plan de análisis	Análisis Estadísticos
¿Existe relación entre conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019?	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar el conocimiento 	<p>H1: El conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables se relaciona significativamente con el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.</p> <p>H0: El conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular</p>	<p>Variable principal 1: Conocimiento</p> <p>Concepto: Conocimiento: Es un almacenamiento de información adquiridos por la persona en base a una enseñanza o experiencia (28).</p> <p>Operacionalización: Es una variable cuantitativa, nominal y dicotómica. Consta de 24 preguntas. Se categorizan en: conoce (≥ 12), no conoce (< 12).</p>	Se estudió a personas adulta mayor con diagnóstico de hipertensión arterial de ambos sexos entre las edades de 60 años a más.	Se realizó un estudio no experimental de alcance descriptivo correlacional de diseño transversal. El mismo, tuvo como objetivo describir una población determinada, se recolectó la información necesaria y se conoció la relación que existe entre	<p>Instrumento 1: Cuestionario sobre: “Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables”</p> <p>El cuestionario fue realizado con la finalidad de identificar el conocimiento de los pacientes con hipertensión arterial sobre los factores de riesgo cardiovascular</p>	Para el análisis de los datos estadísticos se utilizó el programa de Stata SE versión 14, para la descripción de variables cualitativas, se usaron porcentajes y frecuencias a las cuales se utilizaron medidas de tendencia para las variables, en el análisis inferencial se calculó mediante	Análisis descriptivos

	<p>sobre factores de riesgo cardiovascular modificables de los pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el autocuidado del paciente con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019. • Determinar la relación entre las características sociodemográficas y el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con hipertensión arterial de una 	<p>modificables no se relaciona significativamente con el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.</p>	<p>Tiene como una naturaleza cuantitativa discreta.</p> <p>Dimensiones: Hipertensión Arterial: 1-5 Colesterol: 1-3 Alimentación: 1-3 Tabaquismo: 1-3 Diabetes Mellitus: 1-3 Obesidad: 1-3 Sedentarismo: 1-2 Estrés: 1-2</p> <p>Cabe resaltar que a mayor puntaje es mejor el conocimiento. Cada alternativa vale 1 punto.</p> <p>Variable principal 2: Autocuidado</p> <p>Definición conceptual</p> <p>Autocuidado: Es el conjunto de funciones que una persona debe realizar de forma continua con el</p>		<p>estas (27).</p>	<p>modificables. El mismo fue aplicado de forma personal a cada paciente, su estructura consta de 24 preguntas cerradas de selección múltiple y se categoriza en: conoce (≥ 12) y no conoce (< 12), la cual se dividió en dimensiones de naturaleza cuantitativa discreta:</p> <p>Dimensiones: Hipertensión Arterial: 1-5 Colesterol: 6-8 Alimentación: 9-11 Tabaquismo: 12-14 Diabetes Mellitus: 15-17 Obesidad: 18-20</p>	<p>la prueba de Chi - cuadrado el cual se consideró una significancia de un p-valor ≤ 0.05 estadísticamente significativa.</p>	
--	--	--	--	--	--------------------	---	--	--

	<p>clínica de Lima, 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre características sociodemográficas y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019. • Determinar la relación entre el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables y las dimensiones del nivel de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión de una clínica de Lima, 2019. • Determinar la relación entre 		<p>objetivo de favorecer en el cuidado de su salud y bienestar para su vida (24).</p> <p>Definición operacional:</p> <p>Es una variable cuantitativa, nominal y dicotómica. Consta de 21 preguntas. Se categoriza en Inadecuado (≤ 21) y Adecuado (>21). Tiene como dimensiones una naturaleza cuantitativa discreta. Dimensiones: Tratamiento y farmacoterapia rango del 1-5 Alimentación 5 ítems, preguntas: rango 1-5 Actividad y reposo 4 ítems, preguntas: rango 1-4 Conocimiento 6 ítems, preguntas: rango 1-6 Interacción social 1</p>			<p>Sedentarismo: 21-22 Estrés: 23-24</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>el autocuidado y las dimensiones de los factores de riesgo cardiovascular modificables de los pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre las características sociodemográficas y las dimensiones del conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019. 		<p>ítem, pregunta: rango 1 Cabe resaltar que a mayor puntaje es mejor el autocuidado. Cada pregunta del cuestionario vale de 0 a 2 puntos.</p> <p>Variable Sociodemográfica</p> <p>Edad Sexo Grado de Instrucción Estado Civil</p>					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

- | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Determinar la relación entre las características sociodemográficas y las dimensiones del autocuidado de una clínica de Lima, 2019. | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**ANEXO 2
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	RAN GOS DE LAS DIME NSIONES	INDICADORES	CATEG ORIAS DE LA VARIA BLE PRINCI PAL	INDICAD ORES	INDICADO RES	INTRUMEN TO
CONOCIMIENT O SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLE S	<p>Un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) es aquel hábito de vida que incrementa la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular en un determinado tiempo, la cual puede ser controlada o previsible.</p> <p>La mayor parte de la población se encuentra endeble a padecer un evento de este tipo, debido a</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hipertensión Arterial 	1 - 5	<ul style="list-style-type: none"> Concept o Tipo Síntoma s Complic aciones 	Conoce :	Cuando la puntuaci ón sea \geq 12	Consta de 24 preguntas donde cada pregunta correcta vale 1 punto.	“Cuestionari o sobre: “Conocimien to sobre factores de riesgo cardiovascul ar modificables ”
		<ul style="list-style-type: none"> Colesterol 	1 – 3	<ul style="list-style-type: none"> Concept o Tipo Síntoma s Complic aciones 				
		<ul style="list-style-type: none"> Tabaquismo 	1 – 3	<ul style="list-style-type: none"> Concept o Tipo Síntoma s 				

distintas características modificables o no modificables que tienen como consecuencia un efecto mayormente no conveniente para la salud (10).			<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones 					
	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus 	1 – 3	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Tipos • Síntomas • Complicaciones 					
	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación 	1 – 3	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Tipo 	No conoce	Cuando la puntuación sea < 12			
	<ul style="list-style-type: none"> • Sedentarismo 	1 – 2	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Consecuencias 					
	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad 	1 – 3	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto 					
	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés 	1 – 2	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Complicaciones 					

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	ÍTEMS	RANGO	CATEGORÍA DE LA VARIABLE PRINCIPAL	INDICADORES	INDICADORES	INSTRUMENTO
AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Autocuidado: Es el conjunto de funciones que una persona debe realizar de forma continua con el objetivo de favorecer en el cuidado de su salud y bienestar para su vida (18).	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento y Farmacoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> 5 ítems 	1 – 5	Inadecuado Nivel de Autocuidado	Cuando el puntaje es ≤ 21	Consta de 21 preguntas las cuales tiene como respuesta: Siempre: 2 pts. A veces: 1 pts. Nunca: 0 pts.	“Escala del nivel de autocuidado del adulto mayor”
		<ul style="list-style-type: none"> Alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> 5 ítems 	1 – 5				
		<ul style="list-style-type: none"> Actividad y reposo 	<ul style="list-style-type: none"> 4 ítems 	1 – 4	Adecuado Nivel de Autocuidado	Cuando el puntaje es > 21		
		<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> 6 ítems 	1 – 6				
		<ul style="list-style-type: none"> Interacción Social 	<ul style="list-style-type: none"> 1 ítems 	1				

ANEXO 3

Instrucciones:

A continuación, se presenta una serie de preguntas, las cuales deberá de responder colocando un aspa (x) en la alternativa correcta.

I. Datos Específicos

- ¿Cuántos años tiene?
- Sexo: Masculino () Femenino ()
- Grado de Instrucción:
Primaria () Secundaria () Superior ()
- Procedencia:
Costa () Sierra () Selva ()

INSTRUMENTO 1

“Conocimiento sobre Factores de Riesgo Cardiovascular Modificables en pacientes Hipertensos”

Estimado(a) señor(a): Le solicitamos de forma atenta y cordial su participación contestando el siguiente cuestionario, que tiene como finalidad del proyecto de investigación determinar la relación entre: “Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial” por medio del instrumento: “Conocimiento sobre Factores de Riesgos Cardiovasculares Modificables en pacientes Hipertensos”

II. Datos Específicos

1. ¿Qué entiende usted por presión arterial alta (hipertensión)?
 - a. Disminución continua de la presión.
 - b. Elevación continua del pulso.
 - c. Palpitaciones del corazón.
 - d. Elevación continua de la presión.
 - e. Disminución del pulso.

2. ¿Cuáles cree usted que son las manifestaciones indican que la presión está alta?
 - a. Visión borrosa, zumbido de oído, orina oscura.
 - b. Peso bajo, falta de apetito, vómitos, mareos.
 - c. Colesterol elevado, temperatura alta, tos.
 - d. Obesidad, escalofríos nocturnos, vómito, tos.
 - e. Visión borrosa, bajo peso, orina clara.

3. ¿Qué órganos se pueden dañar por tener la presión alta (hipertensión arterial)?
 - a. Pulmón, corazón, cerebro.
 - b. Estómago, vejiga, ojos, piel.

- c. Piel, estomago, riñón, pulmón.
 - d. Corazón, cerebro, ojos, riñón.
 - e. Dientes, piel, ojos, cerebro.
4. Usted considera presión alta a los valores mayores a:
- a. 120 / 60 mmhg
 - b. 100 / 50 mmhg
 - c. 140 / 90 mmhg
 - d. 90 / 30 mmhg.
 - e. 240/40 mmhg
5. ¿Con qué frecuencia debe ir una persona que tiene presión alta al médico?
- a. Una vez a la semana.
 - b. Una vez al mes.
 - c. Solo cuando se sienta mal.
 - d. Una vez al año.
 - e. Nunca.
6. ¿Qué entiende usted por colesterol elevado?
- a. Grasa natural presente en el cuerpo.
 - b. Acumulo de grasa en el abdomen.
 - c. Aumento de grasa mala en el cuerpo.
 - d. Grasa animal presente en el cuerpo.
 - e. Sustancia mala que afecta al pulmón.
7. ¿Cuáles cree usted que son las consecuencias de tener el colesterol elevado?
- a. Vómitos, mareos, delgadez, presión alta.
 - b. Obesidad, presión alta, azúcar elevada.
 - c. Presión alta, dolor de cabeza, delgadez.
 - d. Azúcar disminuida, obesidad, vómitos.
 - e. Tos, obesidad, fiebre por las noches.
8. ¿Qué tipos de colesterol conoce usted?
- a. Alto y Grande.
 - b. Corto y Largo
 - c. Bueno y Malo.
 - d. Contagioso y no contagioso.
 - e. Extenso y Corto.
9. ¿Qué alimentos debe de consumir una persona con presión alta?
- a. Comer todo lo que le gusta, no hay restricción alimentaria.
 - b. Mucha cerveza, muchas grasas, muchas frituras, poca sal.
 - c. Muchas verduras, pocas grasas, poca sal, mucha fruta.
 - d. Mucha gaseosa, mucha verdura, mucha sal, poca fritura.
 - e. Poca verdura, muchas grasas, poca sal, muchos helados.
10. ¿Qué produce en el organismo el consumo excesivo de sal, condimentos, grasas?
- a. Enfermedades en el hígado.
 - b. Problemas en el pulmón.
 - c. Enfermedades en el corazón.
 - d. Problemas de ansiedad.
 - e. Enfermedades cancerígenas.
11. ¿Cuál de las siguientes alternativas usted considera una alimentación saludable?

- a. Chocolate, frutas, galletas, gaseosa.
- b. Frituras, galletas, fideos, ensaladas.
- c. Torta, helado, habas, plátano frito.
- d. Frutas, ensaladas, sancochados.
- e. Cerveza, helado, pollo frito, pan.

12. ¿Cuáles son las consecuencias de fumar mucho?

- a. Daño de corazón, cáncer de pulmón, aumento de presión.
- b. Mejorar la capacidad pulmonar, disminuye la presión.
- c. Disminuye la presión, daña el corazón, aumento de peso.
- d. Disminución de peso, tos frecuente, daño de pulmón.
- e. Cáncer de pulmón, cáncer de vejiga y problemas musculares.

13. ¿Cuántos cigarrillos fumados por día representa un riesgo de sufrir enfermedades del corazón?

- a. 1 a 5 Cigarrillos.
- b. 3 a 7 Cigarrillos.
- c. 5 a 10 Cigarrillos.
- d. 10 a 15 Cigarrillos.
- e. 12 a 24 Cigarrillos.

14. ¿A quiénes se les llama fumador pasivo?

- a. Al que no le gusta fumar, ni oler el cigarro.
- b. Persona que siente necesidad de fumar.
- c. Al que mira de lejos al fumador.
- d. Persona que huele el humo del cigarro.
- e. Persona que fuma 5 cigarrillos al día.

15. ¿Cómo define usted Diabetes?

- a. Disminución de la azúcar en sangre.
- b. Aumento de la bilirrubina en sangre.
- c. Disminución de sales en sangre.
- d. Aumento de la azúcar en sangre.
- e. Regulación de sales en sangre.

16. ¿Qué órganos se dañan cuando se tiene diabetes?

- a. Ojos, corazón, hígado.
- b. cerebro, hígado, riñón.
- c. Riñón, corazón, ojos.
- d. Pulmón, corazón, ojos.
- e. Huesos, pulmón, riñón.

17. ¿Cuáles considera usted que son los valores normales de azúcar en la sangre?

- a. 20 a 30 mg/dl
- b. 40 a 60 mg/dl
- c. 70 a 110 mg/dl
- d. 90 a 200 mg/dl
- e. 300 a 500 mg7dl

18. ¿Cómo define usted obesidad?

- a. Ser bajo y tener poco peso.
- b. Exceso de peso para la talla.
- c. Ser alto y tener peso bajo.
- d. Peso normal para la talla.

e. Disminución de peso y talla.

19. ¿Qué consecuencias trae la obesidad?

- a. Presión arterial baja.
- b. Cáncer de hígado.
- c. Infarto del corazón.
- d. Cáncer de pulmón.
- e. Dolor de cabeza.

20. ¿Cómo se puede evitar la obesidad?

- a. Comiendo más comida grasosa.
- b. Tomando gaseosa todos los días.
- c. Comer todo sin restricción.
- d. Hacer ejercicios todos los días.
- e. Comer frutas y chocolates a diario.

21. ¿Cuántos minutos al día es saludable realizar ejercicios para reducir el riesgo de un infarto?

- a. 5 a 15 min
- b. 10 a 20 min
- c. 30 a 45 min
- d. 50 a 60 min
- e. 60 a 90 min

22. ¿Por qué es importante realizar ejercicios físicos?

- a. Solo disminuye el estrés.
- b. Aumenta la respiración.
- c. Incrementa el colesterol.
- d. Mantiene la presión arterial.
- e. Solo Mantiene buena figura.

23. El estrés puede ocasionar:

- a. Enfermedades pulmonares, y presión baja
- b. Dificultad para conversar y presión baja
- c. Músculos relajados, y presión alta
- d. Alergia al pescado y enfermedades del corazón
- e. Enfermedades del corazón y presión alta.

24. ¿Qué consecuencias trae el estrés?

- a. Disminuye la presión, aumenta la respiración.
- b. Eleva la presión, y enfermedad del corazón.
- c. Dolor de cabeza y pulso aumentado.
- d. Sudoración nocturna, dolor del cuerpo.
- e. Enfermedad del corazón y pulmón.

Respuesta de Cuestionario Nivel de Conocimiento sobre Factores de Riesgo cardiovascular Modificables

N° ITEM	INDICADOR	RESPUESTA
1	HTA	D
2	HTA	A
3	HTA	D
4	HTA	C
5	HTA	B
6	Colesterol	C
7	Colesterol	B
8	Colesterol	C
9	Alimentación	C
10	Alimentación	C
11	Alimentación	D
12	Tabaquismo	A
13	Tabaquismo	A
14	Tabaquismo	D
15	Diabetes Mellitus	D
16	Diabetes Mellitus	C
17	Diabetes Mellitus	C
18	Obesidad	B
19	Obesidad	C
20	Obesidad	D
21	Sedentarismo	C
22	Sedentarismo	D
23	Estrés	E
24	Estrés	B

INSTRUMENTO 2

“Escala de nivel de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial”

Estimado(a) señor(a), continuando con la investigación “Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial” a continuación se le dará a conocer una serie de proposiciones a la que usted deberá responder con responsabilidad y sinceridad, agradecemos su colaboración.

Marque con un aspa (X) la columna correspondiente (sólo una alternativa por pregunta).

ÍTEMS	RESPUESTA		
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Se realiza control periódico en algún centro de salud?			
2. ¿Usas únicamente los medicamentos indicados por el médico?			
3. ¿Al tomar sus medicamentos, tiene en cuenta el tipo, dosis y hora?			
4. ¿Si sus medicamentos le producen somnolencia y depresión, usted consulta con su médico para continuar con su tratamiento?			
5. ¿Deja de tomar sus medicamentos cuando su presión arterial se mantiene a nivel normal?			
6. ¿Evita el consumo de alimentos salados, café, té, licor y tabaco?			
7. ¿Consume alimentos como embutidos, bebidas, gaseosas, conservas de pescado galletas y chizitos?			
8. ¿Ingiere sus alimentos teniendo en cuenta lo permitido y prohibido?			
9. ¿Con qué frecuencia se controla su peso?			
10. ¿Acostumbra a consumir alimentos que contengan frutas, verduras diariamente?			
11. ¿Consume alimentos que contienen gran contenido de grasa?			
12. ¿Tiene periodos de descanso durante el día?			
13. ¿Duerme por las noches de 6 a 8 horas por día?			

14. ¿Realiza actividades físicas como algún deporte?			
15. ¿Realiza caminatas?			
16. ¿Ha sido capaz de cambiar hábitos que tenía con tal de mejorar mi salud?			
17. ¿Si ya no puede cuidarse puede buscar ayuda?			
18. ¿Es capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud?			
19. ¿A medida que cambien las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para que mantener mi salud?			
20. ¿Considera usted que el daño ocasionado por la hipertensión es irreversible? (que no vuelva a la normalidad)			
21. ¿Sabes cuáles son los signos y síntomas que le indican que tiene presión arterial alta?			

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participantes de investigación

La finalidad de este documento titulado: “Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica de Lima, 2019“, es dar a conocer a los implicados en esta investigación una clara información de la naturaleza misma, así como su representación en ella como integrante.

Si usted acepta a colaborar en este estudio, se le solicitará contestar las preguntas en una entrevista o rellenar las encuestas de acuerdo a lo que fuera el proceso. Esto tendrá una duración de aproximadamente entre 20 - 30 minutos.

La colaboración en este estudio es voluntaria. El resultado que se obtenga será confidencial y no se utilizará para otro propósito fuera de los de esta investigación, su contestación al temario y a la entrevista serán registrados utilizando un número específico de identificación, por lo tanto, serán anónimas.

Si usted tiene alguna interrogante respecto al proyecto, puede consultar en cualquier lapso durante su participación en él, así como también puede retirarse del estudio en cualquier circunstancia sin que eso lo perjudique.

Desde ya le agradecemos por su participación.

Accedo a participar libremente en esta investigación, dirigida por Galicia Suárez Cárdenas, la cual me ha informado que los objetivos de este estudio es determinar la relación entre “Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial”. Me han orientado que responderé una serie de preguntas, las cuales tomarán aproximadamente entre 20 - 30 minutos.

Soy consciente que los datos que yo brinde a lo largo del estudio serán confidenciales y no serán empleados para otros fines sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo solicitar la aclaración de mis dudas sobre el proyecto y que puedo apartarme cuando yo lo decida sin que me perjudique.

Puedo contactar al investigador al teléfono 920 693 632 y al correo electrónico: gali111194@gmail.com. Si tuviera algún cuestionamiento sobre este estudio podría comunicarse con el comité de ética de la Universidad Católica Sede Sapientiae que tiene como presidente al Dr. Luis Quiroz cuyo correo es: lquiroz@ucss.edu.pe

Comprendo que una copia de esta ficha me será otorgada, y que puedo solicitar información sobre los resultados de este estudio cuando este haya culminado.

Nombre del participante: _____

D.N.I: _____

Firma de participante: _____

Fecha: __/__/2019

(En letra imprenta)

Para mantener la intimidad de la información recolectada se elaborará la encuesta de forma íntima y de modo auto dirigido. En el tiempo de la recolección de los datos siempre estará presente una persona designada y de confianza por los investigadores debidamente capacitados para resolver posibles inoportunos de parte de los participantes.

Toda la información acumulada será almacenada en una base de datos de uso privado que será protegida mediante una contraseña, que solo los autores tendrán acceso.

Se les otorgará un consentimiento informado a los participantes (ver anexo 4) mediante el cual se obtendrá la autorización para ceder a la investigación y será llenado de forma voluntaria, el presente estudio no hará público algún dato obtenido del participante, todo se maneja de forma anónima respetando la privacidad de él mismo. Este estudio por mayor seguridad será presentado ante el Comité de Ética e investigación.

REGISTRO POR EL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 11 de noviembre de 2019

Estudiante
Suárez Cárdenas, Galicia
Estudiante de la Universidad Católica Sedes Sapientiae
Presente.-

De mi mayor consideración

Con la presente le informo que se ha registrado su proyecto de investigación para trabajo de tesis titulado: **"Conocimiento sobre factores de riesgos cardiovasculares modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en una clínica de Lima, 2019"** de la carrera profesional de Enfermería con la asesoría de la **Profra. Katherine Ortiz Romani**.

Asimismo, le informo que el presente proyecto de investigación ha sido registrado con código **(CR0504)** en el Departamento de Investigación en fecha 09 de mayo del 2019 y enviado al Comité de Ética Institucional (CEI).

Le recuerdo que la validez del registro corresponde a dos años desde el momento de la inscripción y posterior emisión de la carta del CEI. La misma es prorrogable por un año hasta finalizar el informe de tesis y sustentarlo.

Atentamente,


Prof. Yordanis Enriquez Concha
Jefe del Departamento de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Católica Sedes Sapientiae

UCSS



Nº Reg.: CE-415

Los Olivos, 03 de Junio del 2019

CARTA DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Señorita:

Suárez Cárdenas, Galicia

Por medio de la presente me permito hacer de su conocimiento que se ha realizado la revisión de su protocolo de tesis.

“Conocimiento sobre factores de riesgos cardiovasculares modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en una clínica de Lima, 2019”

Cuyo Asesor es la Prof. Katherine Ortiz Romani, se emite la presente CARTA DE APROBACIÓN, a fin de que prosiga con los trámites correspondientes en la elaboración de su tesis.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,

Dr. Luis Quiroz Avilés

Comité de Ética en Investigación

UNIVERSIDAD LICENCIADA • RES. Nº 117 - 2018 - SUNEDU / CD