



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS CARDIOVASCULARES DEL PERSONAL DE
ENFERMERIA DE LA UNIDAD INTENSIVA CORONARIA DEL HOSPITAL

ARZOBISPO LOAYZA – 2018

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Enfermería
Especialista en Cardiología

Autora

Lobaton Licas, Verónica Catalina

Asesora

Landauro Rojas, Isolina

ORCID: 0000-0001-5225-8001

Jurado

Astocondor Fuentes, Ana María

Espinoza Cueva, María Magdalena

Atuncar Tasayco, Urbano Mauro

Lima - Perú

2019





Universidad Nacional
Federico Villarreal



FACULTAD MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"
OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

Mar 15/10/2019 12:38.

DR. JULIO ALBERTO MANTILLA RAMIREZ
Jefe de Grados y Gestión del Egresado – FMHU

Me dirijo a usted a fin de saludarlo y remitir a su despacho el resultado del análisis del sistema antiplagio correspondiente al trabajo presentado por LOBATÓN LICAS VERÓNICA CATALINA, titulado "ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS CARDIOVASCULARES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD INTENSIVA CORONARIA DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA – 2018".

La Biblioteca Central - Oficina del Repositorio Científico cumple con informar a Usted que el trabajo de investigación antes mencionado cumple con el porcentaje de similitud permitido, por lo que el graduando puede continuar con el trámite correspondiente.

Posterior a la sustentación de la tesis; dicho documento debe ser remitido adjuntando otros documentos para su publicación de acuerdo a lo establecido en el CAPITULO IV, Artículos 30° y 33° y ANEXO III del Reglamento que norma el Repositorio Científico de la UNFV.

Sin otro particular, me despido reiterándole mi estima personal.

Atentamente,

Oficina del Repositorio Científico
repositorio.vrin@unfv.edu.pe
Teléf.: 7480888 - Anexo: 9134

El correo institucional es de carácter oficial y tiene el fin de agilizar los procedimientos según la RR. 5378-2014-UNFV, directiva para el uso de tecnologías de información y comunicación de la UNFV.



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HIPÓLITO UNANUE

ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS CARDIOVASCULARES DEL PERSONAL

DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD INTENSIVA CORONARIA DEL

HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA – 2018

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Enfermería Especialista en Cardiología

Autor(a):

Lobaton Licas, Verónica Catalina

Asesor(a):

Landauro Rojas, Isolina

ORCID: 0000-0001-5225-8001

Jurado

Astocondor Fuentes, Ana María

Espinoza Cueva, María Magdalena

Atuncar Tasayco, Urbano Mauro

Lima – Perú

2019

ÍNDICE

| | |
|------------------------------------------------------------|----|
| ÍNDICE..... | 2 |
| RESUMEN | 6 |
| ABSTRACT..... | 7 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 7 |
| 1.1. Descripción y formulación del problema..... | 8 |
| 1.2 Antecedentes | 10 |
| 1.2.1 Antecedentes a Nivel Internacional. | 10 |
| 1.2.2 Antecedentes a Nivel Nacional..... | 14 |
| 1.3. Objetivos | 16 |
| 1.3.1 Objetivo General..... | 16 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos..... | 16 |
| 1.4. Justificación e Importancia de la Investigación | 16 |
| 1.5 Hipótesis General..... | 17 |
| II. MARCO TEÓRICO..... | 19 |
| 2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación | 19 |
| 2.1.1 Dimensión física | 19 |
| 2.1.2 Dimensión social..... | 30 |
| 2.1.3 Dimensión emocional..... | 33 |
| 2.1.4 factores de riesgo modificable | 36 |
| 2.1.5 Factores de riesgos no modificables | 42 |
| 2.1.6 Teorías de Enfermería..... | 43 |
| III. MÉTODO | 46 |
| 3.1 Tipo y nivel de investigación..... | 46 |

| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| 3.1.1 Tipo de investigación..... | 46 |
| 3.1.2 Nivel de investigación..... | 46 |
| 3.1.3 Método de investigación..... | 46 |
| 3.1.4 Diseño de investigación..... | 47 |
| 3.2 Ámbito temporal y espacial..... | 47 |
| 3.3 Variables..... | 47 |
| 3.3.1 Variable Independiente..... | 47 |
| 3.3.2 Variable Dependiente..... | 48 |
| 3.4 Población y muestra..... | 48 |
| 3.5 Instrumento..... | 49 |
| 3.6 Procedimientos..... | 49 |
| 3.7 Análisis de datos..... | 49 |
| IV. RESULTADOS..... | 50 |
| V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 54 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 58 |
| VII. RECOMENDACIONES..... | 59 |
| VIII. REFERENCIAS..... | 60 |
| IX. ANEXOS..... | 63 |
| ANEXO A: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES..... | 63 |
| ANEXO B: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO..... | 64 |
| ANEXO C: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN..... | 65 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 Grafico de columnas para comparar valores entre los estilos de vida no saludables y saludables | 52 |
| Figura 2 Grafico de columnas para comparar valores entre los que presenta y no presenta riesgos a enfermedades cardiovasculares | 53 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1 Clasificación de la presión arterial..... | 40 |
| Tabla 2 Clasificación del grado de obesidad. | 41 |
| Tabla 3 Circunferencia de cintura (CC)..... | 42 |
| Tabla 4 Relación entre los estilos de vida y riesgo cardiovascular del personal de enfermería de la unidad intensiva coronaria del Hospital Arzobispo Loayza 2018. | 50 |
| Tabla 5 Análisis de Correlación de Spearman entre Estilos de vida a enfermedades cardiovasculares y Riesgos a enfermedades cardiovasculares..... | 51 |
| Tabla 6 Estilos de vida del personal de enfermería de la unidad intensiva del Hospital Arzobispo Loayza 2018. | 51 |
| Tabla 7 Riesgos a enfermedades cardiovasculares del personal de enfermería de la unidad intensiva del Hospital Arzobispo Loayza 2018. | 52 |

RESUMEN

Según la OMS las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo. **Objetivo:** Establecer la relación entre estilos de vida y el riesgo a enfermedades cardiovasculares del personal de enfermería de la unidad coronaria del Hospital Arzobispo Loayza. **Método:** Fue de nivel aplicativo de método descriptivo transversal con un enfoque cuantitativo. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. **Resultados:** del 100% de profesionales enfermeros el 62.5% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares, y el 37,5% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares así mismo el 70% presentan estilos de vida saludable y el 29,2% presenta estilos de vida no saludable. **Conclusión:** El personal de Enfermería que laboran en la unidad coronaria del Hospital Arzobispo Loayza presenta estilos de vida saludables y se relacionan con no presentar un riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares. Estos estilos de vida son saludables ya que realizan en su mayoría ejercicios como caminatas por lo menos 30 minutos, no es habitual en ellos el consumo de licor, no fuman, y sin embargo existe un porcentaje de profesionales que tiene estilos de vida no saludables ya que su consumo de alimentos en sus mayorías es a base de frituras, bebidas azucaradas y laboran en varios lugares lo que conlleva a que tomen medicamentos para poder conciliar el sueño.

Palabras claves: estilos de vida, riesgo a enfermedades cardiovasculares, unidad coronaria.

ABSTRACT

According to WHO, cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide. **Objective:** Establish the relationship between lifestyles and the risk of cardiovascular disease among the nursing staff of the coronary unit of the Hospital Arzobispo Loayza. **Method:** It was of application level of transversal descriptive method with a quantitative approach. The technique was the survey and the instrument a questionnaire applied with informed consent. **Results:** of the 100% of nursing professionals, 62.5% do not present a risk to cardiovascular diseases, and 37.5% present a risk to cardiovascular diseases, while 70% have healthy lifestyles and 29.2% present non-life styles. **Conclusion:** Nursing personnel working in the coronary unit of the Hospital Arzobispo Loayza have healthy lifestyles and are related to not presenting a risk to develop cardiovascular diseases. These lifestyles are healthy since they mostly perform exercises such as walking for at least 30 minutes, it is not usual for them to consume liquor, they do not smoke, and yet there is a percentage of professionals who have unhealthy lifestyles already that their food **consumption:** is mostly based on fried foods, sweetened beverages and work in various places which leads to taking medications to get to sleep.

Keywords: lifestyles, risk of cardiovascular diseases, coronary unit

I. INTRODUCCIÓN

La OMS menciona que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo. Cada año mueren más personas por alguna de estas enfermedades que por cualquier otra causa.

Los estilos de vida en poblaciones adultas son sumamente importantes de destacar, especialmente cuando se trata de personas socialmente activas y que juegan un papel importante dentro de la productividad de una compañía y por ende de un país.

Las medidas de prevención cardiovascular deben comenzar por cambios en el estilo de vida. Sin embargo, los (las) profesionales en enfermería, aunque tienen un amplio conocimiento en promoción de estilos de vida saludables y en prevención de las enfermedades, parecen que no los interiorizan en su vida cotidiana porque sacrifican su salud en beneficio de los demás. Trabajar como enfermera representa un riesgo para la salud cardiovascular de la persona. El horario de trabajo, el cargo desempeñado y la institución a la que los sujetos estén vinculados son aspectos que pueden incrementar los riesgos de salud.

Los cambios hacia un estilo de vida cardiosaludable en el adulto, deberían comenzar por el control médico preventivo a partir de los 30 años de edad y considerar en general, actividad física regular, nutrición cardiosaludable, suspensión completa del tabaquismo y control del peso corporal.

Es por ello que se realiza esta investigación con el fin de establecer la relación de los estilos de vida y su relación con la salud cardiovascular del personal de Enfermería que labora en el Hospital Arzobispo Loayza; investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, que tiene como población al profesional de enfermería utilizando para ello como instrumento el cuestionario y la técnica de la encuesta.

1.1. Descripción y formulación del problema.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa. Se calcula que en el 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones a los accidentes cardiovasculares. La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando para ello estrategias que abarquen a toda la población. En el Perú el riesgo para las enfermedades cardiovasculares se ha incrementado de un 17% al 20% en Ica, Trujillo y Arequipa, ciudades que están experimentando un importante crecimiento económico e industrial, sostuvo el Dr. Enrique Ruiz Mori, jefe del Servicio de Cardiología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), quien dijo que esta situación se está tornando peligrosa para la salud de dichas poblaciones (ANDINA, 2015).

Es fundamental realizar cambios necesarios en los estilos de vida para la prevención de las enfermedades cardiovasculares como el abandono del hábito tabáquico, cambios en la ingesta de alimentos y nutrientes, control del peso corporal y actividad física. Existen evidencias importantes sobre la contribución de cada una de estas medidas a la prevención del riesgo cardiovascular y se afirma que los cambios en los malos estilos de vida como una estrategia para la prevención primaria (Bartrina, 2007).

Actualmente suponen que los profesionales de la salud, al ser personas estudiosas de los factores que determinan la salud de un individuo, practiquen con mayor frecuencia comportamientos que promueven la salud y evitan la enfermedad, presentando, por lo tanto, una

morbilidad y mortalidad menores a las de la población general. Hay estudios que desvirtúan esta creencia, como el de Frank et al, citado por Sanabria (2007), que encontraron que los médicos norteamericanos tenían mayor edad en el momento de morir, comparados con abogados y otros profesionales, a pesar de que era más probable que murieran de enfermedades cerebro vasculares, accidentes y suicidio, por lo que la baja tasa de mortalidad o la mayor longevidad no serían indicadores suficientes del buen estado de salud y de estilos de vida saludables en estos profesionales (Sanabria-Ferrand et al., 2007).

Los Profesionales de Enfermería que laboran en la unidad coronario del Hospital Arzobispo Loayza son considerados como una población que tiene conocimiento acerca de las actividades de promoción y prevención sin embargo, determinados patrones de conducta, circunstancias de estrés y condiciones de trabajo pueden modificar los propios factores de riesgo cardiovascular del trabajador, o actuar como factores contundentes, y acelerar los eventos cardiovasculares, es así como se puede evidenciar que los Profesionales de Enfermería llegan tarde a su centro de labores muchos de ellos con la excusa de que salen de guardia de otro centro de trabajo, también se observa el consumo de gaseosas, hamburguesas, alimentos que se les conoce como comida rápida que son adquiridas dentro del hospital, así mismo la alimentación que brindan el hospital es en base a carbohidratos siendo las frutas, las verduras y ensaladas alimentos que se proporcionan en menor cantidad o simplemente no se dan, es por ello la situación descrita surge la necesidad de investigar:

¿Cuál es la relación que se da entre estilos de vida y riesgo cardiovasculares del personal de enfermería de la unidad intensiva coronaria del Hospital Arzobispo Loayza 2018?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes a Nivel Internacional.

Martínez-Gurrión et al. (2014) en su trabajo de investigación denominado “*Riesgo cardiovascular en el Profesional de Enfermería de un Hospital de segundo nivel de atención hospitalaria*” según Framingham tuvo como objetivo identificar el nivel de riesgo cardiovascular según Framingham en Profesional de Enfermería que labora en un hospital de segundo nivel de atención, utilizaron una metodología de estudio descriptivo y transversal en muestra probabilística de 194 integrantes del Profesional de Enfermería hospitalario , los resultados fueron que la media de edad fue de 39.5 años , con predominio del género femenino en 95.4%; el 13.3% refirió tabaquismo positivo y el 57.9% manifestó antecedente familiar de enfermedad cardiovascular; el 90.8% no padece diabetes mellitus y el 88.2% no sufre de hipertensión arterial sistémica. En cuanto a la tensión arterial sistólica, la media fue de 109.54 mmHg; respecto a la predicción de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, el 66.3% se encontró con muy bajo riesgo y el 12% se ubicó entre riesgo de moderado a alto, llegando a la conclusión que el nivel de riesgo para enfermedades cardiovasculares en Profesionales de Enfermería fue “muy bajo” según escala de Framingham y es necesario hacer énfasis en la reducción de factores de riesgo modificables y fomentar las conductas de salud para mantener un riesgo bajo y retrasar la presentación de enfermedad cardiovascular.

Sánchez-Jiménez et al. (2014) En su trabajo de investigación denominado “*Autocuidado en enfermeras y su asociación con su estado emocional*” Históricamente, las enfermeras han enseñado a las personas a cuidarse, aunque ellas mismas no necesariamente cuiden su salud. Las enfermeras tienen un deficiente autocuidado al vivir un doble sentido del deber; ser mujer y ser

enfermeras. Esta situación las distrae y les produce confusión por los diferentes roles, y son afectadas por su entorno y su labor. Por lo anterior, se diseñó un estudio transversal en enfermeras de una institución especializada en salud reproductiva de la Ciudad de México, para investigar sobre sus conocimientos y prácticas de autocuidado en salud y su estado físico y emocional mediante las evaluaciones correspondientes. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética Institucional. Para evaluar prácticas y conocimientos de autocuidado se aplicó un cuestionario médico/nutricio, validado en apariencia y contenido. Para calificar autoestima se empleó el Inventario Cooper Smith (25 reactivos y punto de corte ≤ 18) y para valorar malestar emocional se utilizó el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-30, punto de corte 7/8). Se determinaron peso, estatura, índice de masa corporal (IMC), cintura, presión arterial, glucosa y lípidos. Se utilizó ji cuadrada de Pearson, razón de momios con intervalo de confianza 95%. Participaron 265 enfermeras, de edad promedio de 41 años; 60% tuvo prácticas de autocuidado inadecuadas, 15% conocimientos deficientes en cuidados de salud, 25% baja autoestima y 10% malestar emocional. De las participantes con prácticas inadecuadas de autocuidado, 31% presentó baja autoestima (RM= 2.0; IC95% 1.1-3.8) y 14% óptimo sobre aspectos de salud implicó casi tres veces más riesgo de tener autocuidado deficiente (RM 2.7; IC95% 1.2-5.8) (cuadro II). Las participantes presentaron dislipidemia 45% e hiperglucemia 67%. Ochenta por ciento tuvo sobrepeso-obesidad (principalmente en turno nocturno) mayor al reportado por otros estudios de enfermeras (65 y 76%) y a nivel nacional (73%). Sí se tienen conocimientos en cuidados de salud, pero no se aplican; la baja autoestima y el malestar emocional aumentaron el riesgo de no cuidar su salud. Por lo anterior, se deben implementar estrategias que mejoren la autoestima y disminuyan malestar emocional para optimizar sus prácticas de autocuidado.

Zimmermann et al. (2010) en su estudio denominado "*Perfiles de exposición de riesgo cardiovascular según la ocupación laboral en la Comunidad de Madrid*" tuvo como objetivo describir asociación entre la ocupación desempeñada y ciertos hábitos de riesgo cardiovascular, en la población en edad laboral de la Comunidad de Madrid, utilizaron una metodología cuantitativa descriptiva, su población estaba constituida por los pobladores que residían en la región teniendo como muestra de 16017 pobladores cuya edad se encontraba entre los 18 y los 64 años, obtuvieron como resultados que el trabajo sedentario y el hábito tabáquico fueron los factores más prevalentes afectando respectivamente al 44,2% y 33,1% de la muestra. El porcentaje de hombres con más de dos factores de riesgo cardiovascular (27,4%) fue muy superior al de mujeres (15%). Ajustado por edad y sexo las ocupaciones con mayor riesgo cardiovascular fueron: conductores, administrativos y trabajadores de dirección. La conclusión fue que ciertas ocupaciones como conductores, administrativos y gerentes parecen presentar una mayor susceptibilidad al riesgo cardiovascular.

Cerecero et al. (2009) en su Tesis Doctoral titulada "*Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México*", tuvo como objetivo evaluar la asociación del estilo de vida con el riesgo cardiovascular (RCV) en trabajadores universitarios del Estado de México, utilizaron como metodología estudio de casos y controles anidado en una cohorte, siendo su población de 7 405 trabajadores (mujeres, 41%; hombres, 59%) de todas las categorías laborales: administrativos, docentes, investigadores, personal médico, de conservación e intendencia, residentes de 13 localidades del Estado de México. La muestra se conformó con 2 555 trabajadores que participaron en la medición basal, en su mayoría

(85%) habitantes de la ciudad de Toluca, teniendo como resultados que los trabajadores con sobrepeso u obesidad, el RCV supera al de aquéllos con peso normal, los antecedentes familiares de infarto del miocardio se asociaron directamente, y la actividad física moderada-vigorosa inversamente con el RCV, en modelos con interacciones entre género y actividad física; esta relación se mantuvo sólo en los hombres; llegando a la conclusión de que los resultados muestran el papel preponderante de la actividad física moderada-vigorosa como factor del estilo de vida asociado con menor RCV.

Martínez (2007) en su tesis Doctoral *“Hábitos y Estilos de Vida Asociados a enfermedades vasculares en universitarios”* tuvo como objetivo general conocer los estilos de vida relacionados con el riesgo cardiovascular de los universitarios consumo de tabaco, consumo de alcohol, práctica de actividad física y niveles de estrés y ansiedad utilizaron como metodología un estudio observacional, descriptivo y transversal, siendo una población estudiantes universitarios, aplicándose en aquellos que cursan sus estudios durante el curso académico 2004-2005 en la Universidad Católica San Antonio de Murcia, que en ese momento representa una población de 5000 estudiantes; tuvieron como resultado que el hábito tabáquico, a mayor puntuación más hábito, el valor medio obtenido por el grupo que representa a los EU de último curso es discretamente mayor que el obtenido por el primer curso, y de según la frecuencia de la autopercepción de encontrarse viviendo en tensión o en estrés, nos encontramos con una frecuencia muy elevada de estudiantes universitarios que manifiestan estar estresados habitualmente, el 50,6% del total de la muestra, en la valoración global de resultados, observamos que algo más de la mitad de los alumnos que han participado en esta parte del estudio, el 53,7%, manifiestan realizar de forma continuada ejercicio físico y los EU que manifiestan en mayor

medida no realizar ejercicio son los EU de estudios Sanitarios; llegaron a la conclusión que los estilos de vida de los jóvenes EU no son cardiosaludables de forma generalizada, observándose una elevada frecuencia de consumo de tabaco, consumo de alcohol, ausencia de actividad física (sedentarismo), y niveles elevados de estrés y ansiedad. Existe asociación entre distintos hábitos en los jóvenes universitarios, destacando la asociación entre mayor consumo de tabaco con mayor consumo de alcohol y mayor consumo de tabaco con un hábito sedentario o de menor práctica de ejercicio físico.

1.2.2 Antecedentes a Nivel Nacional.

Sandoval-Morillo et al. (2015) En su trabajo de investigación denominada *Relación entre “nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular y conducta de riesgo cardiovascular referida por las enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza”* Objetivos: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables y la conducta de riesgo cardiovascular referida por las enfermeras del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Material y método: El estudio fue descriptivo, correlacional. La muestra estuvo conformada por 107 enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple, la recolección de datos se hizo a través de la técnica de encuesta, cuyo instrumento fue un cuestionario elaborado por las investigadoras y pasó por un proceso de validación con la correlación de Pearson, y la prueba alfa de Cronbach, para su confiabilidad. Resultados: El 56% del personal de enfermería posee un nivel de conocimiento medio acerca de los factores de riesgo cardiovascular modificable, y el 45% tiene una conducta de alto riesgo. Conclusiones: No existe relación entre el nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo cardiovascular y la conducta de riesgo cardiovascular en enfermeras (Sandoval et al.,2015).

Quiliche (2019) en su trabajo de investigación “*Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el personal de la Universidad Peruana Unión*” tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (ECV) en el personal de la Universidad Peruana Unión, 2009; su metodología fue de estudio transversal, descriptivo, analítico, teniendo como población a los residentes en la comunidad de Villa Unión del distrito de Lurigancho, en una muestra de 36 personas de 30 a 65 años a quienes se evaluó factores de riesgo de ECV: estado nutricional, dietarios, fisiológicos, estilo de vida y estrés, siendo los resultados, el 40% de los hombres presenta más de seis factores en comparación con las mujeres con un 17%. Llegaron a la conclusión que más de la mitad presentan el IMC superior a lo normal, tres cuartas partes de los participantes en riesgo de obesidad central según índice cintura cadera; y sobre grasa y riesgo de obesidad en casi todos. En más de la mitad de los participantes la dieta aportó más energía y en su mayoría de proteínas y lípidos; la dieta en más de las tres cuartas partes de los participantes mostró un mayor aporte de vitamina C y menor consumo de agua, la evaluación mostró sub-adecuación para los ácidos grasos mono insaturados y fibra de casi todos; en la décima parte de ellos hubo adecuación para los ácidos grasos poliinsaturados. En la tercera parte de los participantes se observó valores elevados de CT y de c-LDL; en la cuarta parte valores disminuidos de c-HDL; en la mitad valores elevados de TG; en la décima parte valores elevados de homocisteína. Asimismo, más de la mitad de los participantes se encuentran en condición de sedentarismo y casi todos calificaron en estrés moderado.

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General.

Establecer la relación entre estilos de vida y riesgos cardiovasculares del personal de enfermería de la unidad intensiva coronaria del Hospital Arzobispo Loayza 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- ❖ Identificar los estilos de vida del personal de Enfermería de la unidad intensiva coronaria del Hospital Arzobispo Loayza 2018.
- ❖ Identificar los riesgos cardiovasculares del personal de enfermería de la unidad intensiva coronaria del Hospital Arzobispo Loayza 2018.

1.4. Justificación e Importancia de la Investigación

Las enfermedades cardiovasculares, como la muerte por enfermedad coronaria, infarto de miocardio no fatal, representan el 30% de las causas de muerte a nivel mundial. La enfermedad cardiovascular se ha convertido en una epidemia no transmisible que domina las estadísticas de carga de enfermedad y es motivo de creciente preocupación en países de ingresos bajos y medios como el nuestro, en donde ocupa el cuarto lugar de carga de enfermedad, generando un alto costo directo e indirecto para el Estado. En el Perú, la prevalencia de muerte por enfermedad cardiovascular para el grupo etario de 15 a 59 años es de 1,7% y asciende a un 22% en mayores de 60 años, según datos de la OMS del año 2011. En la provincia de Lima, la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular fue de 74.2 por 100,000 defunciones (Briceño-Díaz y Ayudant, 2013).

Así mismo cabe resaltar que en el 2013 todos los Estados Miembros (194 países) acordaron, bajo el liderazgo de la OMS, una serie de mecanismos mundiales para reducir la carga evitable de Enfermedades No Transmisibles, entre ellos el "Plan de acción mundial para la

prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020". Donde se menciona en la meta 6 del Plan de acción mundial que prevé reducir la prevalencia mundial de hipertensión en un 25%. La hipertensión es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. La prevalencia mundial de hipertensión (definida como tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg) en adultos de 18 años o más se situó en 2014 en alrededor de un 22%. Para alcanzar la citada meta, es fundamental reducir la incidencia de hipertensión, a través de intervenciones dirigidas a toda la población que hagan disminuir los factores de riesgo comportamentales, en particular el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física, el sobrepeso, la obesidad y el consumo elevado de sal. Es necesario adoptar de cara a la detección temprana y el manejo costo eficaz de la hipertensión un enfoque que tenga en cuenta todos los factores de riesgo, para así prevenir los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y otras complicaciones (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El personal de salud especialmente las enfermeras no se aleja de estas alteraciones por lo que esta investigación constituye un aporte a los profesionales de enfermería el cual implica su respectiva intervención a adquirir comportamientos de responsabilidad laboral, manejo de estrés y prácticas nutricionales adecuadas así como el diseño de diversas estrategias que contribuyan al cambio de conductas, a la promoción de hábitos de salud y autocuidados para la prevención y/o control de las enfermedades cardiovasculares más prevalentes.

1.5 Hipótesis General

H1 Existe una relación significativa entre los estilos de vida y riesgo cardiovasculares del personal de enfermería que laboran en la unidad coronaria del Hospital Arzobispo Loayza.

H2 No existe una relación significativa entre los estilos de vida y riesgo cardiovasculares del personal de enfermería que laboran en la unidad coronaria del Hospital Arzobispo Loayza.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 Dimensión física

2.1.1.1 Ejercicio y Actividad Física. La mortalidad por enfermedad coronaria cardiaca está relacionada con parámetros de estilos de vida entre los cuales es fundamental el nivel de actividad física. La actividad física se refiere a la energía utilizada para el movimiento; se trata, por tanto, de un gasto de energía adicional al que necesita el organismo para mantener las vitales como son la respiración, digestión, circulación de la sangre, etc. En cuanto al término ejercicio, hace referencia a movimientos diseñados y planificados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud (Garatachea et al., 2013).

La práctica regular de Actividad Física produce efectos favorables sobre los factores de riesgo clásicos de las enfermedades cardiovasculares: mejora el perfil lipídico, disminuye la tensión arterial y previene la aparición de diabetes no insulina dependiente. Sin embargo, estos efectos explican sólo una parte de la protección de la Actividad Física sobre este tipo de enfermedades. Parte de los efectos beneficiosos de la AF podrían estar mediados a través de una menor oxidación lipídica y menor inflamación. La oxidación lipídica y la inflamación tienen un papel fundamental en el desarrollo de la arteriosclerosis, proceso que causa gran parte de las enfermedades cardiovasculares entre ellas la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica (Elosua, 2003).

Las personas activas viven más tiempo que las sedentarias y su calidad de vida es mejor, sobre todo en los adultos mayores, a quienes la práctica regular de ejercicio les otorga mayor autonomía para realizar sus actividades cotidianas con suficiencia y los previene de caídas, disminuyendo el riesgo de fracturas. El ejercicio que sirve a la salud del organismo no tiene que

ser excesivo. Recientemente se ha establecido que aún la actividad física realizada con regularidad y a intensidades leves o moderadas produce considerables beneficios a la salud. En general, cuando el ejercicio es agradable y de moderada intensidad, es más factible también que las personas accedan a realizarlo y permanezcan fieles a los hábitos de actividad física deportiva o recreativa que emprenden (Márquez et al., 2006).

La actividad física regular reduce el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular en general y cardiopatía coronaria en particular, con un nivel similar al de otros factores relacionados con el estilo de vida, como por ejemplo el tabaquismo.

Además, el ejercicio físico regular previene o retrasa el desarrollo de la hipertensión y mejora la situación de las personas que ya la padecen. Se pueden lograr unas disminuciones medias de 10 mmHg en la presión arterial tras 6 meses de práctica de ejercicio aeróbico. Por otra parte, el entrenamiento aeróbico induce efectos beneficiosos sobre las lipoproteínas, incrementando las HDL y disminuyendo las LDL y los triglicéridos (Bennassar, 2012).

A. Relación entre Actividad Física e Hipertensión Arterial. La hipertensión arterial es sin duda uno de los factores de riesgo más importantes para el correcto funcionamiento del sistema cardiovascular. Su incidencia ha aumentado en las sociedades desarrolladas y es también uno de los factores más favorecidos por la actividad física. Desde finales de los años 80 y principios de los 90 del pasado siglo se conocen las influencias positivas de un estilo de vida físicamente activo sobre la hipertensión arterial; aunque el incremento de la actividad física por sí solo puede ser, en ocasiones, insuficiente para normalizar la presión sanguínea. Estos efectos beneficiosos se observan no solo en adultos sino también en personas mayores y, aunque no ejercen un gran impacto sobre la presión arterial de los individuos normotensos; si parecen ejercer un efecto protector contra el incremento de tensión arterial que se suele producir con la edad (Márquez et al., 2006).

El Ejercicio Físico aeróbico produce una reducción de hasta 7 mm de Hg, tanto en la presión sistólica como diastólica en individuos con HTA leve; cifras entre 140/90 y 160/105, e incluso disminuciones mayores en pacientes con HTA secundaria a enfermedad renal. Pero, incluso la práctica de EF aeróbico suave puede producir disminución entre 4 y 8 mm de Hg. Estudios realizados en voluntarios sanos han demostrado que la disminución de 5 mm de Hg en la presión sistólica, produce un descenso del número de muertes por ictus del 14% y del 9% en las provocadas por cardiopatía isquémica. Así, los beneficios para la salud del EF comparados con el bajo riesgo que supone tanto en morbilidad como en mortalidad, hacen que la recomendación de su práctica sea parte fundamental del tratamiento en pacientes con HTA leve y moderada (Abellán et al., 2014).

El Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) sostiene que el entrenamiento con ejercicios aeróbicos en individuos que tienen alto riesgo de desarrollar hipertensión reducirá el aumento en la presión sanguínea que se pudiera producir con el tiempo, de ahí su utilidad como una estrategia no farmacológica para reducir la hipertensión en los individuos susceptibles. Según el ACSM los hipertensos físicamente activos y con buena condición física aeróbica tienen unos riesgos de mortalidad marcadamente más bajos que los hipertensos sedentarios y de pobre condición física, probablemente porque el ejercicio también mejora un buen número de otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Sería, por tanto, razonable recomendar la práctica del ejercicio como una parte de la estrategia inicial de tratamiento para los individuos con hipertensión esencial suave a moderada (Márquez et al., 2006).

B. Relación entre Actividad Física e Infarto de Miocardio o Enfermedad Coronaria.

Existen diversos mecanismos que explicarían la influencia beneficiosa de la actividad física sobre las enfermedades isquémicas del corazón, tales como los efectos antitrombóticos, el aumento de la

vascularización del miocardio y una mejor estabilidad de los impulsos eléctricos del corazón. En un estudio longitudinal de cinco años en el que se investigó la asociación entre la actividad física realizada en el tiempo de ocio y la condición física con el riesgo de infarto de miocardio agudo, se ha demostrado que dicho riesgo era significativamente menor para los individuos con el nivel más alto de actividad física y una mejor condición física en comparación con los sujetos que mostraban los niveles más bajos de actividad física y condición física respectivamente (Márquez y Olea, 2013).

Se puede concluir que los niveles de actividad física y de condición física cardiorrespiratoria muestran una asociación inversa y gradual con el riesgo de infarto de miocardio agudo y que niveles bajos tanto de actividad física como de condición física cardiorrespiratoria son factores de riesgo independientes para la enfermedad coronaria. Diversos estudios clínicos y con técnicas de observación demuestran una menor frecuencia de mortalidad entre los pacientes participantes en programas de rehabilitación con ejercicio, en comparación con los no participantes en estos programas. En conjunto, los pacientes participantes en programas de ejercicio parecen experimentar una reducción de aproximadamente un 25% de mortalidad por problemas cardíacos y de todo tipo (Márquez et al., 2006).

C. Evaluación de la capacidad funcional. Para realizar una correcta prescripción de actividad física, resulta fundamental efectuar una evaluación inicial de la capacidad funcional y del sistema músculo-esquelético de las personas, con el propósito de prevenir una sobrecarga del sistema cardiorrespiratorio o lesiones del aparato locomotor. Si los recursos humanos son insuficientes para evaluar al 100% de la población, las personas de riesgo CV global bajo o

moderado (ej.: obesos, pre-hipertensos, pre-diabéticos) pueden iniciar un programa de actividad física sin evaluación funcional previa.

Capacidad Funcional Física.

Tiene como objeto evaluar funcionalmente las propiedades motoras básicas: fuerza muscular, flexibilidad, coordinación y equilibrio.

La evaluación funcional es particularmente importante para prescribir en forma correcta el tipo de ejercicio adecuado que no desencadene algún problema músculo esquelético latente o agrave uno ya existente. Esto se da con mayor frecuencia en pacientes obesos y de edad avanzada.

Frente a la detección de alteraciones músculo-esqueléticas importantes pesquisadas en la evaluación funcional, la conducta será derivar a estos pacientes, si así lo requieren, a un tratamiento específico o adecuar el programa de ejercicios a las limitaciones individuales.

D. Capacidad Funcional Cardiorrespiratoria.

D.1. Test de marcha 6 minutos (TM6'). El TM6' corresponde a un test submáximo que mide la capacidad funcional aeróbica, expresada en la distancia que un paciente puede caminar rápidamente durante 6 minutos, en una superficie plana, generalmente un pasillo. Evalúa la respuesta global e integrada de todos los sistemas involucrados durante la marcha. Entre sus ventajas se destaca su fácil administración, el ser bien tolerado y no requerir equipamiento ni personal altamente capacitado. El test evalúa en forma global e integral la respuesta de todos los sistemas involucrados durante el ejercicio, incluyendo el pulmonar y cardiovascular, sistema circulatorio, unidades neuromusculares y metabolismo muscular (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

D.2. Tipos de Ejercicios. The American College of Sports Medicine (ACSM) en 1998 considera tres grupos fundamentales de actividades físicas (Abellán et al., 2014) .

Actividades que se pueden mantener a intensidad constante, con una variabilidad interindividual y un gasto energético relativamente bajo: Ej.: caminar, correr a ritmo lento o moderado (especialmente en cinta rodante), ciclismo, cicloergómetro, etc.

Actividades que se pueden mantener a intensidad constante con gasto 48 Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular energético elevado, pero con una variabilidad interindividual dependiente de las habilidades del individuo: natación, esquí de fondo, correr a ritmo rápido, etc.

Actividades donde tanto la intensidad, como la variabilidad interindividual del gasto energético son elevadas: deportes de raqueta, deportes de equipo como fútbol y baloncesto, etc.

D.3 Ejercicios de flexibilidad. Para mantener y mejorar nuestro nivel de flexibilidad es preciso realizar ejercicios de movilidad articular y estiramientos.

Ejercicios de movilidad articular: Deben realizarse lentamente, especialmente los del cuello y la columna. Llegaremos al final del recorrido sin forzar el movimiento. Si estamos de pie mantendremos las rodillas ligeramente flexionadas y la espalda recta. Se repetirán 2-3 veces hacia cada lado. Respiraremos de forma natural inspirando en la posición de partida y espirando al final del recorrido.

Estiramientos: A diferencia de los ejercicios de movilidad se trata de mantenerse estático una vez alcanzada la posición adecuada. Al realizarlos hay que estar relajado y concentrado en los músculos que estamos estirando. Respiraremos lentamente y con naturalidad. El tiempo para mantener la postura será de 10-20 segundos en función del ejercicio. Tenemos que sentir tensión, pero en ningún caso dolor. Se repetirán 2-3 veces.

D.4. Ejercicios de fuerza. En el ámbito de la salud interesa sobre todo realizar ejercicios de fuerza- resistencia. Se caracterizan por la baja intensidad y el elevado número de repeticiones que se pueden realizar como norma, el número de repeticiones nos lo marcará la fatiga del músculo que está trabajando. Normalmente oscilarán entre 8 y 15, pudiendo llegar incluso en ejercicios de poca intensidad hasta 20 o 30. Al iniciar el movimiento inspiraremos por la nariz y al terminar exhalaremos por la boca.

D.5. Ejercicios de equilibrio No podemos olvidar incluir algún ejercicio para mantener e incluso mejorar nuestro nivel de equilibrio. Su contribución junto a los ejercicios de fuerza a la hora de evitar caídas es sin duda importante. Deben adquirir mayor protagonismo en personas mayores o con dificultades manifiestas. La respiración debe ser pausada, inspirando por la nariz y expirando por la boca. Al cerrar los ojos aumenta la dificultad (Ros, 2013).

E. Relación de la Actividad Física y la Arteriosclerosis. La oxidación lipídica y la inflamación tienen un papel fundamental en el desarrollo de la arteriosclerosis, proceso que causa gran parte de las enfermedades cardiovasculares entre ellas la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica.

La práctica regular de Actividad física produce efectos favorables sobre los factores de riesgo clásicos de las enfermedades cardiovasculares: mejora el perfil lipídico, disminuye la tensión arterial y previene la aparición de diabetes no insulino dependiente. Sin embargo, estos efectos explican sólo una parte de la protección de la Actividad física sobre este tipo de enfermedades. Parte de los efectos beneficiosos de la actividad física podrían estar mediados a través de una menor oxidación lipídica y menor inflamación (Márquez et al., 2006).

La oxidación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) es un factor fundamental en la etiopatogenia de la lesión arteriosclerótica. Las LDL oxidadas participan en varios procesos clave en la aparición de la placa ateromatosa: pueden lesionar directamente el endotelio, alteran el tono vascular, aumentan la síntesis de moléculas de adhesión para monocitos en el endotelio, entran a través del receptor scavenger en los macrófagos que se convierten en células espumosas, inducen la proliferación de las células musculares lisas y la síntesis de factores quimiotácticos (Márquez et al., 2006).

Existen muchos estudios que han estudiado la relación entre la práctica de Actividad física y los niveles de fibrinógeno, observándose en la mayoría un efecto beneficioso. En los últimos años se ha estudiado también la relación entre la actividad física y otros marcadores de la inflamación como la PCR, albumina, velocidad de sedimentación globular. Se ha observado en estudios experimentales que con dieta y ejercicio físico regular se produce una disminución de marcadores de la inflamación, en particular la PCR. El mecanismo que explica este efecto beneficioso no está bien establecido, aunque puede estar relacionado con: a) la menor oxidación de partículas de LDL va a producir un menor nivel de inflamación. b) disminución de la expresión en la superficie endotelial de moléculas de adhesión, que se traduce en una menor capacidad de entrada de macrófagos en el espacio subendotelial, disminuyendo la respuesta inflamatoria.

La Actividad física regular produce cambios en la actividad aterogénica de los monocitos, disminuyendo su capacidad de producir citosinas aterogénicas y aumentando su capacidad de producir citosinas anti- aterogénicas (Garatachea et al., 2013).

F. Hábitos alimentarios. Los hábitos alimentarios constituyen un factor determinante del estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional. La modernización de la sociedad ha

supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias

Por ejemplo, cada vez se dedica menos tiempo a la compra de alimentos y elaboración de las comidas y, en contraposición, se prefieren los alimentos procesados que, generalmente, conllevan un consumo excesivo de alimentos de origen animal, especialmente de carnes y derivados, y de azúcares refinados, con el consecuente incremento de grasas saturadas y colesterol en la dieta y, al mismo tiempo, un bajo consumo de alimentos de origen vegetal (Bennassar, 2012).

Actualmente podemos afirmar que el modelo de la Dieta Mediterránea es el paradigma de dieta sana y la adherencia a este patrón dietético se ha relacionado con una reducción en la mortalidad global y en la incidencia de eventos cardiovasculares tales como las cardiopatías isquémicas y la enfermedad cerebrovascular (J. Martínez y Villarino, 2014)

La dieta mediterránea se considera el modelo de alimentación más saludable. Se considera dieta mediterránea, al patrón tradicional de alimentación de finales de la década de los años 50 y principios de los 60, en los países en los que típicamente crecen los olivos como son Creta, Grecia y Sur de Italia. Las principales características de esta dieta son: un alto consumo de cereales, legumbres, frutos secos, frutas y verduras; un consumo relativamente alto de alimentos ricos en grasa (hasta un 40% del total de ingesta energética); el empleo de aceite de oliva como fuente principal de grasa; consumo moderado o alto de pescado; consumo en cantidades moderadas o bajas de pollo y derivados lácteos (generalmente en forma de yogurt o queso fresco); bajo consumo de carnes rojas y productos derivados de la carne; y, consumo moderado de alcohol, principalmente en forma de vino tinto consumido con las comidas (Bennassar, 2012).

F.1. Los Ácidos Grasos. Los principales mecanismos biológicos por los cuales los Ácidos Grasos Saturados (AGS) de cadena larga aumentan el riesgo de ECV son múltiples. Generan un aumento en los niveles de colesterol plasmático debido a que los AGS disminuyen el número de receptores hepáticos de LDL afectando de esta manera la depuración de las lipoproteínas. Se ha visto que también disminuyen la expresión génica de la proteína del receptor de LDL a nivel hepático lo que lleva al aumento del c- LDL circulante y por ende del colesterol total. Otra situación encontrada es la disfunción endotelial debido a que el consumo de dietas ricas en AGS se ha asociado a una mayor reactividad postprandial, mientras que *ésta no* cambian al consumir dietas isocalóricas ricas en AGP (Ácidos Grasos Poliinsaturados) (Jiménez, 2014).

Los efectos biológicos de los AGP omega-3 (presentes en pescados azules) son diversos y, entre ellos, destaca la modificación del perfil lipídico, de la tensión arterial, de la función cardíaca, de la elasticidad arterial, de la función endotelial, de la reactividad vascular y la electrofisiología cardíaca, además de presentar efectos antiagregantes plaquetarios y antiinflamatorios. Los AGP omega-3 de cadena muy larga (EPA y DHA) reducen, además, los triglicéridos séricos y aumentan el LDL del suero. También se encuentran los AGP omega-3 de cadena corta (ALA) en algunos vegetales, como semillas de lino, nueces, soja y aceite de canola (Quiles, 2011).

El Ácido Graso Monoinsaturado se considera un elemento cardioprotector. Ello es debido a su presencia en la dieta sustituyendo a la grasa saturada; tiene el efecto de reducir el colesterol total y el LDL al igual que lo hace la grasa poliinsaturada, pero además tiene un factor beneficioso específico, incrementando el HDL. Su efecto sobre las concentraciones de HDL es lo que explica la asociación de la grasa monoinsaturada con una mejoría del riesgo aterogénico y una disminución de la mortalidad cardiovascular (Jiménez, 2014).

En la actualidad, sabemos que una dieta rica en este tipo de ácidos tiene un efecto protector frente a las enfermedades cardiovasculares, ya que produce un aumento de las lipoproteínas de alta densidad y disminuye las de baja densidad. El efecto se muestra también, como consecuencia, sobre el colesterol total, que disminuye en aquellas dietas con alimentos ricos en ácidos grasos omega 9. Asimismo, dietas ricas en ácido oleico en comparación con otras ricas en polinsaturados dan lugar a una menor tendencia a la modificación oxidativa, que marca en gran medida la capacidad aterogénica de las LDL (Martínez y Villarino, 2014).

F.2. La Fibra Alimentaria. La fibra tiene numerosos beneficios para la salud, entre los que hay que destacar el efecto protector cardiovascular, especialmente de la fibra soluble. El principal mecanismo de acción sobre el colesterol es la capacidad de la fibra para unirse a los ácidos biliares, formando micelas y aumentando la excreción del mismo. También contribuye en la disminución del riesgo de diabetes y el control de la misma ya que debido a que la fibra retrasa el paso del alimento a través del tracto gastrointestinal aumentando su viscosidad, esto conlleva a un enlentecimiento en el proceso digestivo y en la absorción de carbohidratos, disminuyendo el nivel de glucosa postprandial y la respuesta de insulina. Otro importante es el beneficio de la fibra es que genera saciedad y, en consecuencia, disminución del peso (Jiménez, 2014).

La fibra alimentaria causa reducción del colesterol en el plasma. Se produce cuando la fibra hidrosoluble reduce el colesterol plasmático, por lo que el consumo de alimentos ricos en ella, como el salvado de avena y de cebada, las legumbres y las hortalizas, puede ser eficaz al conseguir reducciones de colesterol en plasma del 5%- 25% que afectan sobre todo a las lipoproteínas de baja densidad, con escasos cambios en las de alta densidad. La fibra no hidrosoluble apenas tiene efecto. El mecanismo puede relacionarse con la interferencia provocada en el ciclo entero hepático de los

ácidos biliares, interferencia por la que se aumenta la excreción de colesterol y disminuye su reabsorción. Otros autores señalan el freno en la absorción del colesterol exógeno, en la modificación provocada por la fibra en la síntesis de colesterol o por el efecto de los ácidos grasos liberados en la fermentación colónica, inhibiendo la síntesis de ácidos biliares. Así mismo causa una modificación de la respuesta glucémica. Es un hecho suficientemente demostrado que la administración de ciertas fibras hidrosolubles reduce las respuestas glucémica e insulinémica postprandiales (Martínez y Villarino, 2014).

F.3. Las Vitaminas. La influencia que ejercen las vitaminas sobre la enfermedad cardiovascular está dada por los efectos que producen sobre la homocisteína y los radicales libres, que repercuten a su vez en el endotelio vascular. En el caso de la homocisteína, la suplementación con ácido fólico, vitamina B6 y vitamina B12, modifica rápida y favorablemente los niveles de éste aminoácido. Los principales alimentos que contienen alto contenido en folatos son hígado, espinacas, habas, espárragos, lentejas; y como mediano contenido el brócoli, la palta, frutillas, lechuga, chauchas, brotes de soja, pan integral y frutas secas. La vitamina B6 se encuentra en mayores cantidades en las vísceras, frutas secas, cereales integrales y legumbres. En el caso de la vitamina B12, el aporte proviene básicamente de los alimentos de origen animal (Jiménez, 2014).

2.1.2 Dimensión social.

2.1.2.1 Hábitos Nocivos.

A. El Tabaquismo. Desde el punto de vista clínico el tabaquismo actúa a través de distintos mecanismos pudiendo producir ECV:

- La nicotina desencadena la liberación de las hormonas adrenalina y noradrenalina que produce daño en la pared interna de las arterias.
- La nicotina produce alteraciones de la coagulación, aumenta la capacidad de las plaquetas para unirse y formar coágulos.

El hábito de fumar disminuye los niveles de HDL-C en un promedio de 6 a 8 mg/dl y aumenta los niveles de VLDL-C. El tabaquismo tiene la acción sinérgica con otros factores de riesgo, aumentando también el riesgo según el número de cigarrillos fumados diariamente. La nicotina y los productos secundarios de la combustión del tabaco intervienen en el inicio y la progresión de la aterosclerosis. De ahí que el fumador pasivo también está expuesto a mayor riesgo de desarrollar ECV. Está demostrado que la incidencia de enfermedad coronaria es tres veces mayor en los fumadores que en las personas que no tienen el hábito tabáquico. En hombres y mujeres jóvenes que dejaron de fumar, el riesgo de enfermedad cardiovascular disminuye a la mitad cuando ha transcurrido un año son fumar, equiparándose prácticamente al de no fumadores después de 2 a años de abandonar el hábito (Jiménez, 2014).

Las investigaciones han demostrado que el tabaquismo acelera la frecuencia cardíaca, contrae las arterias principales y puede ocasionar alteraciones en el ritmo de los latidos del corazón. Todo esto hace que el corazón se esfuerce más. Fumar también aumenta la presión arterial, que a su vez aumenta el riesgo de accidentes cerebrovasculares. Aunque la nicotina es el principio activo más importante del humo del tabaco, otras sustancias y compuestos químicos, como el alquitrán y el monóxido de carbono, también perjudican el corazón de muchas maneras. Estas sustancias provocan la acumulación de placa grasa en las arterias (aterosclerosis), posiblemente al lesionar las paredes de los vasos sanguíneos. También afectan las concentraciones de colesterol y de fibrinógeno (una sustancia que contribuye a la coagulación de la sangre), aumentando así el

riesgo de que se forme un coágulo sanguíneo, que puede causar un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La OMS, señala que el tabaco es causa de mortalidad evitable más importante en el mundo. Que el consumo de tabaco es responsable de más de 3 millones de muerte al año y que tiene además repercusiones sociales y económicas muy importantes. De acuerdo con datos de la OMS, se estima que actualmente hay cerca de 1100 millones de fumadores alrededor de todo el mundo; de ellos 300 millones viven en países desarrollados y el resto son ciudadanos de países en desarrollo. La evidencia científica que indica el tabaquismo provoca aumento en la frecuencia e enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, cáncer de pulmón y enfermedad cardiovascular es indiscutible, por causa de la disminución de la defensa del organismo así la degeneración de los órganos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

B. Consumo De Bebidas Y Alcohol. El consumo de alcohol es una de las causas de muerte prematuras, lesión y discapacidad. Se calcula que el alcoholismo causa más muerte que el tabaquismo. Varios estudios han establecido que existe asociación entre el consumo de alcohol y un amplio rango de problemas físicos, mentales y sociales. Se concibe que, prácticamente ningún órgano del cuerpo humano es inmune a los peligros de alcohol.

Entre los problemas más notorios están la psicosis alcohólica, el síndrome de abstinencia alcohólica, la neuropatía, la cardiopatía, la gastritis, la cirrosis hepática alcohólica; así mismo, la toxicidad por etanol y por metanol.

Sin duda el alcohol y drogas determinan la disminución de las defensas del organismo, lo que predispone a desarrollar enfermedades infecciosas y/o degenerativas con suma facilidad.

Evitar el consumo de drogas. Uno de los tres problemas que más preocupa a nuestros ciudadanos son las drogas. En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales (alcohol, tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, etc.

2.1.3 Dimensión emocional

2.1.3.1. Estrés. El estrés laboral es la fuente de estrés emocional a la que atribuimos la mayoría de nuestros problemas. La agencia europea para la seguridad y la Salud en el trabajo público en el año 2000 que las causas más comunes: falta de control sobre el trabajo que se realiza, monotonía, plazos ajustados, trabajo de alta velocidad, exposición a la violencia y peligrosidad. El estrés laboral aparece cuando las exigencias no se ven igualadas por las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador. El estudio más importante que demuestra la asociación entre el estrés laboral y la cardiopatía isquémica es el INTERHEART, en el que fueron incluidos más de 24,000 individuos de 52 países. Se concluyó que el estrés laboral multiplica por 2.5 el riesgo de angina de pecho.

2.1.3.2. La falta de sueño. De acuerdo con la Asociación Mundial de Medicina del Sueño (WASM, por sus siglas en inglés), "los problemas de sueño constituyen una epidemia global que amenaza la salud y la calidad de vida de más del 45% de la población mundial". "Dormir bien es uno de los tres pilares fundamentales para gozar de una buena salud, además de una dieta equilibrada y ejercicio regular", explicó el organismo en una nota informativa. Y según Shirley

Cramer, directora ejecutiva de la Real Sociedad de Salud Pública (RSPH, en inglés), "muchos dicen que sólo duermen entre cuatro y cinco horas al día, pero eso no es algo de lo que se debiera presumir"

2.1.3.3. Elementos necesarios para dormir bien.

- Duración La suficiente para que estemos descansados y alertas durante el día (entre 7 y 9 horas al día).
- Continuidad Deberíamos dormir sin interrupciones para que el sueño sea efectivo.
- Profundidad El sueño debería ser lo suficientemente profundo para que sea restaurativo.

"La falta de sueño tiene impactos altamente nocivos en la salud, tanto física como mental", advierte la experta. "Sabemos, por varias investigaciones, que si sufres privación de sueño tienes un riesgo mucho más alto de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y depresión", le contó Cramer a la BBC.

2.1.3.4. Algunas de las formas en las que dormir poco puede afectar a tu salud.

A. Mala dieta. "La falta de sueño hace que nos alimentemos peor", dice Cramer. De acuerdo con un estudio desarrollado por la RSPH, más de un tercio de la gente come mal cuando duerme poco. El motivo, explica la experta, es que, en esa situación, "solemos comer alimentos poco saludables, y por eso la falta de sueño está vinculada al aumento de peso". Hipersomnia: ¿qué sucede cuando duermes, pero no descansas? La comunidad científica también vincula la falta de sueño a la obesidad y a la diabetes. Según un estudio realizado en 2015 por investigadores en Qatar, dormir poco hace que aumente nuestro apetito y la resistencia a la insulina. Y, de acuerdo con la WASM, dormir bien es "esencial para la regulación metabólica, sobre todo en los niños, y

existen evidencias entre las horas de sueño y la obesidad infantil". En definitiva, tal y como apunta Cramer, "si duermes bien comerás mejor".

B. Salud mental afectada. "Dormir poco está relacionado con una gran variedad de trastornos físicos, mentales y del comportamiento", dice Cramer. "La salud mental es una cuestión particular y es, en cierto modo, un círculo vicioso: si tienes problemas mentales, duermes poco, y viceversa. Y te sientes cada vez peor". Cramer considera "vital" pedir ayuda psicológica en estos casos, y aconseja, en casos de insomnio, recurrir a tratamientos como medicamentos específicos o la terapia de conducta, que ha demostrado ser "altamente eficaz". Según el Instituto de Medicina del Sueño, una organización española que investiga los trastornos del sueño, la falta de sueño está ligada a la depresión, la ansiedad y los problemas psicológicos.

C. Riesgo de accidentes. "Si sufres falta de sueño, tienes más posibilidades de sufrir un accidente", dice Cramer. De acuerdo con la especialista, "uno de cada cinco accidentes de auto tiene que ver con la falta de sueño". Según la National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA, en inglés) de Estados Unidos, 40.000 personas sufren lesiones cada año debido a problemas relacionados con la falta de sueño, y 1.550 personas mueren en este tipo de accidentes en el país. Y el Harvard Medical School encontró que 250.000 conductores se quedan dormidos cada día.

La "arrogancia" de ignorar la necesidad de dormir, Pero no solamente nos exponemos al peligro en la carretera. Tal y como explica Cramer, también podemos sufrir más accidentes domésticos. "Dormir poco pone en riesgo nuestra salud en muchos aspectos", asegura.

- Menor rendimiento físico.

Es importante dormir bien para tener energía durante el día, que nos permita desarrollar nuestra actividad diaria.

Se trata, de hecho, una "cuestión esencial para el funcionamiento de nuestro día a día", dicen los expertos. Muchos deportistas pueden dormir poco y rendir a un buen nivel, pero es fundamental descansar el tiempo suficiente después de practicar ejercicio.

El problema de la falta de sueño es que afecta directamente en el rendimiento físico ya que el cuerpo necesita un mínimo de horas de descanso. "Por la noche se produce el proceso de regeneración de tejidos, tanto cerebral como físicos. Si no se produce un descanso no hay una recuperación correcta y eso afecta directamente al rendimiento, tanto físico como intelectual", le contó Madrid Mateu, coordinador de fitness, a BBC Mundo. "Dormir tiene un verdadero impacto en nuestra salud porque es reconstituyente", explica Cramer. Además, practicar ejercicio físico hará que duermas mejor, por lo que ambas actividades se complementan a la perfección.

D. Limitada capacidad cognitiva. "Sabemos que la falta de sueño o la mala calidad del mismo tiene gran impacto negativo en nuestra salud a largo y a corto plazo", advierten los expertos de la WASM. "Los efectos de la falta de sueño afectan a la capacidad de atención, la recuperación de la memoria y el aprendizaje", agregan. "Deberíamos entender el sueño de la misma manera en la que entendemos en otras cosas que benefician nuestra salud, como una buena dieta o la actividad física", sostiene Cramer. "Dormir bien está subestimado por mucha gente, pero es un tema que debería preocuparnos a todos. Es una cuestión de salud pública", concluye la especialista. Y es que dormir bien es, en realidad, un sueño para muchas personas (Sueño, 2016).

2.1.4 factores de riesgo modificable

2.1.4.1. Diabetes Mellitus. La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de HTA, además conlleva a dislipidemia y daño vascular.

2.1.4.2. Síndrome Metabólico. Es así como los pacientes hipertensos, suelen tener alteración de la distribución la grasa corporal (obesidad abdominal o central), del metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono, criterios que constituyen la presencia de síndrome metabólico; su identificación es útil puesto que está relacionada con la presencia de complicaciones cardiovasculares.

2.1.4.3. Dislipidemia. Es el término usado para describir las alteraciones de los lípidos caracterizadas por CT o LDL o y/o TG altos y HDL bajo⁸. Se establecen valores altos cuando el LDL >130mg/dl o Colesterol total > 200mg/dl o TG >150mg/dl o HDL bajo cuando en varones es 40mg/dL o si es de sexo femenino > 50mg/ dL y TG < 150mg/dl¹⁰. 5.1.2. Etiología Se pueden dividir en primarias y secundarias. Las causas primarias son trastornos genéticos que devienen en enfermedades como hipercolesterolemia familiar, hiperlipidemia familiar combinada, la disbetalipoproteinemia, la hipertrigliceridemia familiar, la hipoalfalipoproteinemia familiar y las dislipidemias poligénicas. Por otro lado, las causas secundarias son debidas a diabetes mellitus, hipotiroidismo, enfermedad hepática, cirrosis primaria biliar, excesivo consumo de alcohol, lupus, mieloma múltiple o gamapatía, enfermedad renal crónica, proteinuria, anticonceptivos orales, terapia de reemplazo hormonal, terapia antirretroviral, antipsicóticos, esteroides, agentes inmunosupresores, entre otros.

Fisiopatología La fisiopatología de la dislipidemia diabética no es del todo entendida, pero la evidencia sugiere que la resistencia a insulina tiene un rol central. La causa principal de dislipidemia diabética es el aumento de liberación ácidos grasos libres de las células grasas resistentes a la insulina. Esto junto con las reservas de glicógeno promueve la producción de triglicéridos y estimula la secreción de apolipoproteína B y VLDL que finalmente lleva a la

acumulación de lípidos en el hígado. Este incremento de VLDL y triglicéridos plasmáticos lleva a la disminución de los niveles del colesterol HDL. Además, múltiples enzimas involucradas con el metabolismo del HDL y el metabolismo de los lípidos están alteradas en personas con resistencia a la insulina¹². 5.1.4. Aspectos epidemiológicos Se describe que el patrón de dislipidemia más común en personas con diabetes mellitus tipo 2 es triglicéridos elevados y bajos niveles de colesterol HDL.

Las concentraciones de colesterol LDL no son diferentes entre las personas con y sin diabetes. Sin embargo, los niveles de LDL a pesar de ser normales pueden incrementar la aterogénesis¹⁰. Estudios realizados por Taskinen M. (2020) encontraron que cerca de 50% de personas con diabetes mellitus tipo 2 tienen hipertrigliceridemia y alrededor del 85% presenta colesterol LDL por encima de 100mg/dL¹³. Por otro lado, el estudio Framingham encontró que las personas con DM-2 tienen una prevalencia de colesterol HDL bajo (< percentil 10) de 21% y 25% en varones y mujeres respectivamente^{14,15}. En el estudio CARMELA (2016) realizado en 7 ciudades latinoamericanas para la estimación de la prevalencia de la dislipidemia donde participaron un total de 11 550 personas adultas, se encontró prevalencias de dislipidemia en 73.1% en hombres y 62.8% en mujeres de la ciudad de Lima. Además, la alta prevalencia de dislipidemia en todas las ciudades que participaron demostró la importancia de este problema de salud pública¹⁶. En el estudio PREVENCIÓN, diseñado para determinar la prevalencia de enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo se hizo el dosaje de lípidos y encontró que el 52% de los hombres presentaban triglicéridos altos y el 32.5% presenta colesterol HDL bajo (BBC, 2016).

2.1.4.4. El Tabaquismo. Es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. Esta sustancia produce liberación de adrenalina, aumentando la presión arterial y

produciendo daño en la pared interna de las arterias. Además, aumenta los niveles de colesterol malo y reduce los niveles de colesterol bueno, es por eso que es considerada como un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y de enfermedades cardiovasculares periféricas.

2.1.4.5. Hipertensión. La enfermedad hipertensiva es un síndrome, cuyo componente indispensable es la elevación anormal de la presión arterial sistólica y/o diastólica. Para la población adulta (mayor o igual a 20 años de edad), se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, y a la diastólica mayor o igual a 90 mmHg. El diagnóstico se establece con uno o ambos valores en niveles anormales; y en al menos dos ocasiones (en un intervalo de tiempo mínimo de dos semanas). A la hipertensión arterial puede asociarse factores de Riesgos cardiovasculares y/o compromiso clínico o subclínico de los órganos blanco (corazón, riñón, cerebro, ojos).

a. Hipertensión primaria (esencial o idiopática). No hay una causa identificable, existen múltiples factores relacionados o asociados, pero no con categoría de causa y efecto; está descrito un componente familiar, pero aún no está definido un único gen responsable.

b. Hipertensión secundaria. Esto significa que la presión arterial alta es causada por otra enfermedad o afección. Muchos casos de hipertensión secundaria son ocasionados por trastornos renales. Los siguientes son otros factores que pueden causar hipertensión secundaria:

- Alteraciones de las glándulas paratiroides.
- Acromegalia, que es cuando la glándula pituitaria produce un exceso de hormona del crecimiento.

- Tumores en las glándulas suprarrenales o pituitarias.
- Embarazo
- Estenosis de la arteria renal
- Medicamentos (pastillas anticonceptivas, ciertos medicamentos para el resfriado, corticos esteroides, medicamentos para la migraña).

Tabla 1

Clasificación de la presión arterial

| Categoría | Sistólica (mmhg) | Diastólica (mmhg) |
|---------------------|------------------|-------------------|
| Normal | inferior a 120 | inferior a 80 |
| Pre hipertensión | 120 - 139 | 80 - 89 |
| Hipertensión | | |
| Grado 1 | 140 - 159 | 90 - 99 |
| Grado 2 | 160 o mas | 100 o mas |

d. Síntomas. La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. Los síntomas que pueden ocurrir abarcan:

- Dolor torácico
- Vértigos
- Fatiga
- Cefalea
- Cefalea
- Hemorragia nasal
- Confusión
- Adormecimiento de mitad del cuerpo.
- Mareos al levantarse o al cambiar de posición.
- Zumbido o ruido en el oído (Tinnitus).
- Taquicardias o aceleración de la frecuencia cardiaca.
- Escotomas centellantes

- Cefalea
- Náuseas.
- Vómitos.
- Respiración entrecortada.
- Sudor excesivo.
- Cansancio.46.

e. Antropometría.

e.1. Sobrepeso y Obesidad. El sobrepeso (IMC > de 25) está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer HTA. La obesidad (IMC > de 30) también se asocia con HTA. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mm Hg y PAD de 1-3 mm Hg. El perímetro abdominal ≥ 80 cm. en mujeres y ≥ 90 cm. en hombres está asociado con mayor riesgo de HTA y dislipidemia. Varios factores han asociado obesidad e HTA, entre los cuales se puede mencionar el incremento en el gasto cardíaco en individuos obesos. De otra parte, al parecer los obesos son más susceptibles a la aparición de HTA por presentar una disminución en la superficie de filtración renal y un incremento en la renina plasmática.

La OMS (2000) ha propuesto una clasificación del grado de obesidad utilizando este índice ponderal como criterio:

Tabla 2

Clasificación del grado de obesidad.

| Clase | Rango |
|--------------|--------------------------------|
| Normopeso | 18,5 -24,9 kg/m ² . |
| Sobrepeso | 25 -29,9 kg/m ² . |

| | |
|--------------------|------------------------------|
| Obesidad grado I | 30 -34,9 kg/m ² . |
| Obesidad grado II | 35 -39,9 kg/m ² . |
| Obesidad grado III | > 40 kg/m ² . |

Así mismo la OMS en cuanto a la Circunferencia de Cintura (CC) Considera:

Tabla 3

Circunferencia de cintura (CC)

| 2.1.5 | Sexo | Rango | |
|--------------------|--------------------|----------------|------------|
| | Mujeres | Riesgo elevado | 80 - 88 cm |
| Riesgo muy elevado | | >88cm | |
| Hombres | Riesgo elevado | 94-102. | |
| | Riesgo muy elevado | >102. | |

Factores de riesgos no modificables

2.1.5.1. Antecedentes Familiares. Cuando se transmite de padres a hijos se hereda una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

2.1.5.2. Sexo. La EC y la ECV de tipo arterioesclerótico oclusivo se presentan con mayor frecuencia en hombres. Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

La HTA (hipertensión Arterial) y el ECV (Accidente Cerebro Vascular) hemorrágica son más frecuentes en mujeres menopáusicas. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existen un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas. En las mujeres el riesgo es mayor después de los 55 años.

2.1.5.3. Edad y Raza. Los vasos sanguíneos se debilitan con los años y pierden su elasticidad. La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca.

2.1.6 Teorías de Enfermería

2.1.6.1. Nola Pender y su modelo de promoción de la salud. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sí que trata de explicar el estilo de vida en su globalidad. Pender considera al estilo de vida como un patrón de acciones y percepciones que sirven para mantener o ensalzar el nivel de bienestar del individuo. Pender introduce tres conjuntos de factores

determinantes del estilo de vida: los factores cognitivos-perceptuales, los factores modificadores y los estímulos para la acción. Este modelo fue creado a partir del modelo de creencias sobre la salud y de la teoría del aprendizaje social de Bandura, y tiene la particularidad de ser el único que introduce de forma explícita el término de *estilo de vida promotor de la salud* en sus planteamientos (Aristizábal et al., 2011).

Según Pender, existen tres grandes bloques de factores que actúan como predictores del estilo de vida:

- Afectos y cogniciones específicas de la conducta. Este primer factor conforma el mecanismo motivacional primario que afecta directamente a la adquisición y al mantenimiento de conductas promotoras de salud. Se compone de los siguientes elementos: barreras percibidas a la realización de la conducta saludable, beneficios percibidos de la misma, la autoeficacia percibida para llevarla a cabo y el afecto relacionado con la conducta. Junto a estos factores, existen influencias situacionales e interpersonales en el compromiso de llevar a cabo la conducta saludable.
- Experiencias previas con la conducta de salud y características individuales. Estas segundas variables influyen de forma indirecta, interactuando causalmente con los afectos y las cogniciones, así como con las influencias situacionales e interpersonales.
- Antecedentes de la acción. Se trata de estímulos internos o externos que están directamente relacionados con la conducta.

2.1.6.2. Dorotea Orem y su teoría del autocuidado. Dorotea Orem, enfermera teórica refiere que el autocuidado es una actividad aprendida y que debe aplicarse de forma deliberada y continua a lo largo del tiempo. Uno de los tipos de autocuidado para Dorothea Orem son los

derivados de las necesidades básicas, en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias y factores del entorno que posee cada individuo. Estas necesidades han sido estructuradas por la misma cultura, por lo que siempre estarán implícitas en el estilo de vida de todas las personas. Por lo tanto, la persona que es autosuficiente es responsable de sus propios cuidados y de las personas que tiene a su cargo; debido a que tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida. Ello debe suponer la necesidad de llevar una vida sana, comportarse de tal forma que pueda alcanzar el bienestar y la salud (González, 2014).

III. MÉTODO

3.1 Tipo y nivel de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

Según el tipo de investigación se trata de un estudio con un enfoque Cuantitativo ya que se enfocó en describir, explicar, comprobar y predecir los fenómenos. Así mismo los hechos se observan y se registran en el tiempo en un solo momento, es decir haciendo un corte en el tiempo.

3.1.2 Nivel de investigación

Según el nivel de la investigación es un estudio Correlacional, el cual relaciona dos o más, variables, como son los estilos de vida y el riesgo cardiovascular. Una correlación entre dos o más variables o conceptos no implica una relación causal entre ellos, es decir sólo significa que dichos valores están relacionados ya sea de forma positiva (se elevan o disminuyen juntos) o en forma negativa (cuando uno se eleva el otro disminuye) y una relación causal implica necesariamente que un evento es consecuencia de otro que le antecede y que sin este el último no se presentará. Los estudios Correlacionales miden cada variable para ver si existe o no relación entre ellas, este tipo de estudios son cuantitativos e intentan predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o fenómenos en una variable, a partir del valor que tienen en la (s) variable(s) relacionada(s) (Hernández Sampieri et al., 2014).

3.1.3 Método de investigación

La investigación utilizó el método descriptivo, prospectivo y transversal ya que se enfocó en describir, explicar, comprobar y predecir los fenómenos. Así mismo los hechos se observan y se registran en el tiempo en un solo momento, es decir haciendo un corte en el tiempo.

3.1.4 Diseño de investigación

La investigación realizada se trata de un estudio con un **Diseño Correlacional** las cuales están encaminadas a examinar si los cambios en una o más variables están relacionados a los cambios en otra(s) variable(s). Este efecto es definido como covarianza. Diseños de correlación analizan la dirección, el grado, la magnitud y la fuerza de las relaciones o asociaciones (Zacarías y Supo, 2020).

3.2 Ámbito temporal y espacial

El Hospital Arzobispo Loayza es considerado un órgano desconcentrado de la DISA V Lima Ciudad y forma parte integrante de la Red Hospitalaria del Ministerio de Salud; acreditado como categoría III – 1 nivel de Complejidad, siendo además de Referencia Nacional, brinda prestaciones de salud ambulatoria, quirúrgica y de hospitalización altamente especializada, con énfasis las 24 horas del día en la recuperación y rehabilitación de los estados de salud que aquejan a la población. Ubicado en la avenida Alfonso Ugarte, cerca de la Plaza Dos de Mayo, en el Centro de Lima, el estudio se realizó en la unidad de áreas críticas coronarias. El estudio se realizará durante los meses de noviembre y diciembre, siendo la recolección de la muestra durante el mes de diciembre.

3.3 Variables

3.3.1 Variable Independiente

Estilos de vida

“Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (Organización Mundial de la Salud, 1986 pp. 186).

3.3.2 Variable Dependiente

Riesgo a enfermedades cardiovasculares

Es la probabilidad que tiene un individuo de presentar un evento cardiovascular en los próximos 10 años, basado en el número de factores de riesgo presentes en el mismo individuo o teniendo en cuenta la magnitud de cada uno de ellos (Zacarías y Supo, 2020).

3.4 Población y muestra

La población de estudios está constituida por 40 de profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos coronario del Hospital Arzobispo Loayza.

Mi población maestra por ser pequeña y representativa es un total de 30 profesionales de enfermería.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Profesional de enfermería que se encuentre trabajando mayor de 1 años en el área.
- Profesionales de enfermería que trabaje permanentemente en el área.
- Profesionales de enfermería que accedan a participar voluntariamente en la investigación.
- Profesionales de enfermería con edad mayor a 30 años.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Profesionales de enfermería que no trabaje permanentemente en el área.
- Profesionales de enfermería que se encuentre de licencia por enfermedad y/o maternidad / vacaciones.
- Profesionales de enfermería que no accedan a participar voluntariamente en la investigación.

- Profesionales de enfermería que se encuentre con edad menor a 30 años.

3.5 Instrumento

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario el cual consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos; el mismo que fue sometido a juicio de expertos, posterior a ello se realizó la validez del instrumento mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach.

3.6 Procedimientos

Los datos fueron procesados en una base de datos, para el cual se utilizó el software estadístico SPSS. Los datos recolectados son presentados en cuadros simples, con frecuencia numéricas porcentuales, además con una prestación gráfica, empleado SSPSS para Windows.

3.7 Análisis de datos

Para el análisis de los resultados se utilizó la estadística descriptiva e inferencial y pruebas no paramétricas la prueba de significancia para un coeficiente de correlación.

IV. RESULTADOS

Tabla 4

Relación entre los estilos de vida y riesgo cardiovascular del personal de enfermería de la unidad intensiva coronaria del Hospital Arzobispo Loayza 2018.

| ESTILOS DE VIDA | RIESGO A ENFERMERDAD CARDIOVASCULAR | | |
|-----------------|----------------------------------------|------------|--------------|
| | NO PRESENTA | PRESENT A | TOTAL |
| NO SALUDABLE | 2 8,3% | 5 20,8% | 7 29,2% |
| SALUDABLE | 13 54,2% | 4 16,7% | 17 70,8% |
| TOTAL | 15 62,5% | 9 37,5% | 24 100,0% |

En la tabla 4 se observa que del 100% de profesionales enfermeros el 62.5% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares, y el 37,5% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares así mismo el 70% presentan estilos de vida saludable y el 29,2% presenta estilos de vida no saludable. Al obtener un valor de significancia de $p= 0,028$ siendo menor de 0.05 según la correlación de Pearson podemos decir que existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y el riesgo a presentar enfermedades cardiovasculares del personal de enfermería.

Tabla 5

Análisis de Correlación de Spearman entre Estilos de vida a enfermedades cardiovasculares y Riesgos a enfermedades cardiovasculares

| Variables de correlación | n= 24 | |
|-------------------------------------------------|-------|---------------|
| | Rho | Significancia |
| Estilos de vida a enfermedades cardiovasculares | 0.028 | 0.656 |
| Riesgos a enfermedades cardiovasculares | | |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6

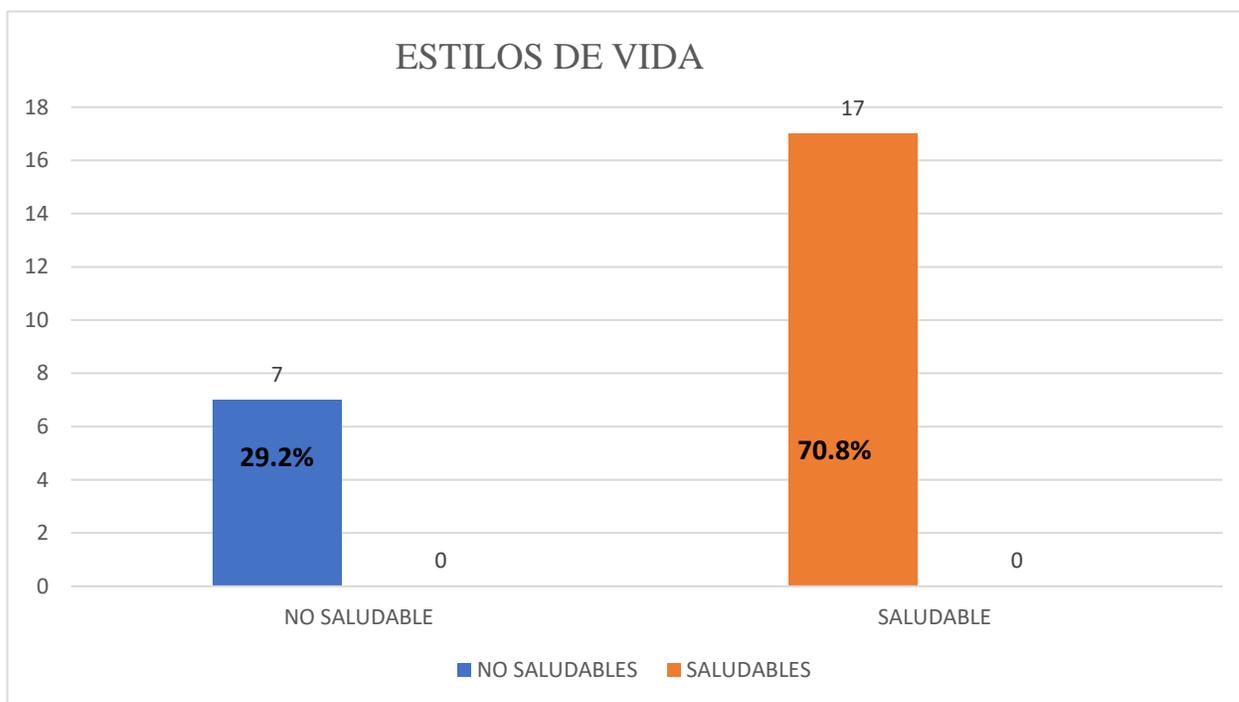
Estilos de vida del personal de enfermería de la unidad intensiva del Hospital Arzobispo Loayza 2018.

| ESTILOS DE VIDA | | | |
|-----------------|--------------|-----------|-------|
| ESTILOS DE VIDA | NO SALUDABLE | SALUDABLE | TOTAL |
| | 2 | 13 | |
| | 8,3% | 54,2% | |
| | 5 | 4 | |
| | 20,8% | 16,7% | |
| TOTAL | 7 | 17 | 24 |
| | 29,2% | 70,8% | 100% |

En la tabla 6 se observa que el 70.8% presentan estilos de vida saludable y el 29,2% presenta estilos de vida no saludables.

Figura 1

Grafico de columnas para comparar valores entre los estilos de vida no saludables y saludables



Fuente: Elaboración propia

Tabla 7

Riesgos a enfermedades cardiovasculares del personal de enfermería de la unidad intensiva del Hospital Arzobispo Loayza 2018.

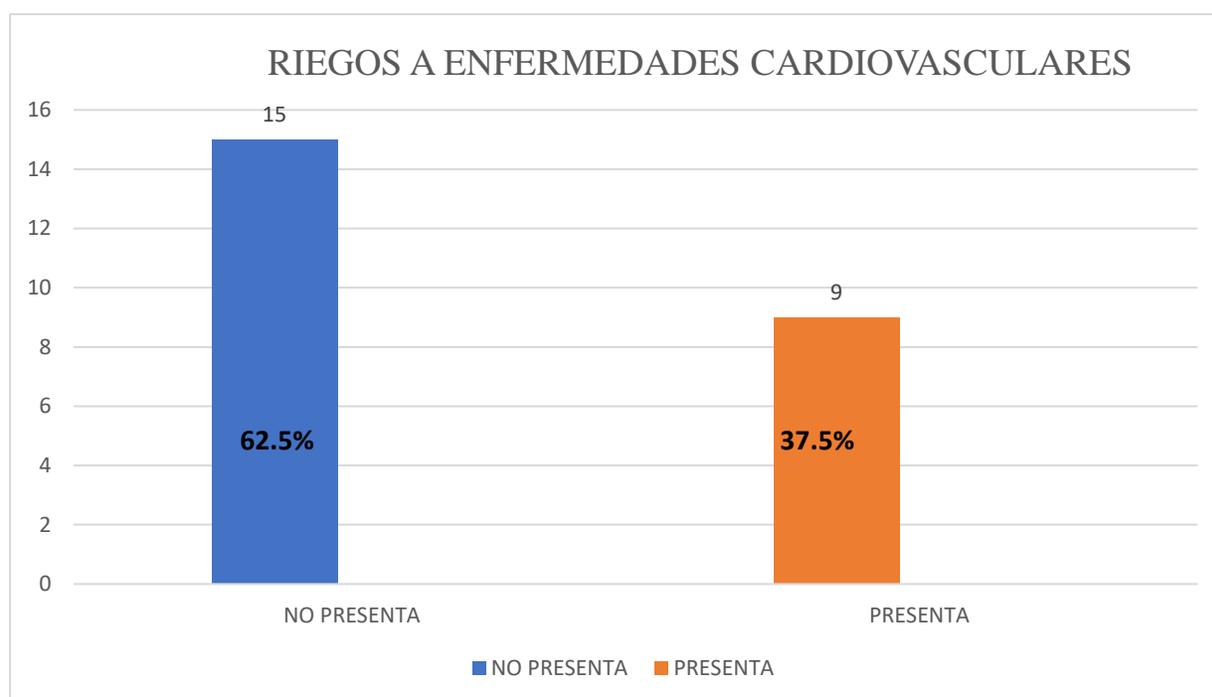
| RIESGOS A ENFERMERDADES CARDIOVASCULAR | | | |
|-----------------------------------------------|--------------------|-----------------|--------------|
| RIESGOS | NO PRESENTA | PRESENTA | TOTAL |
| | 2 8,3% | 5 20,8% | |
| | 13 54,2% | 4 16,7% | |
| TOTAL | 15 | 9 | 24 |

| | | |
|-------|-------|------|
| 62,5% | 37,5% | 100% |
|-------|-------|------|

En la tabla 7 se observa que del 100% de profesionales enfermeros el 62.5% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares, y el 37,5% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares.

Figura 2

Grafico de columnas para comparar valores entre los que presenta y no presenta riesgos a enfermedades cardiovasculares



V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 4 se observa que del 100% de profesionales enfermeros el 62.5% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares, y el 37,5% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares así mismo el 70% presentan estilos de vida saludable y el 29,2% presenta estilos de vida no saludable. Al obtener un valor de significancia de $p= 0,028$ siendo menor de 0.05 según la correlación de Pearson podemos decir que existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y el riesgo a presentar enfermedades cardiovasculares en el Personal de enfermería que labora en la unidad intensiva coronaria del Hospital Arzobispo Loayza; resultados que se asemejan a otras investigaciones como la de Castelán Meléndez en el año 2010, donde concluyó que el estilo de vida influye de manera fundamental en el riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares, evaluación que realizo a 230 trabajadores de un Instituto Mexicano del Seguro Social encontrando que los trabajadores que mantiene estilos de vida saludable presentan menos factores de riesgo para desarrollar diversas enfermedades cardiovasculares así también como los trabajadores que presentan un mejor estado de salud se relaciona con un mejor control de la enfermedad en caso de los que ya se encuentra presente. Es necesario considerar que un estilo de vida no saludable es una causa mayor de Eventos cardiovasculares.

Las Consecuencias más conocidas de un estilo de vida no saludable son el Sobrepeso el cual se relaciona con la no realización de actividad física, la vida sedentaria y el tener malos hábitos alimentarios. Así mismo el consumo de hábitos nocivos, la presencia de estrés laboral y alteración en el patrón del sueño típico en el caso del personal de enfermería.

En la tabla 6 se observa que del 100 % del personal de enfermería el 70.8% presentan estilos de vida saludable esto debido a que el instrumento arroja una mayor realización de actividad física y consumo de alimentos sanos debido a sus conocimientos con relación a su profesión en salud y la concientización a las enfermedades. El 29,2% presenta estilos de vida no saludables relacionados a la falta de tiempo para consumir y/o preparar alimentos sanos ya que trabajan en distintos lugares y consumen alimentos rápidos de tal manera no realiza actividad física.

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) detalla que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial; es decir, el 6% de las muertes registradas en todo el mundo. Además, se estima que la falta de ejercicio físico es la causa principal de aproximadamente el 27% de los casos de diabetes y el 30% de la carga de cardiopatía isquémica; y es que el ejercicio físico realizado en forma regular ha demostrado sus beneficios en la prevención de enfermedad coronaria a corto y largo plazo, ya que a nivel del corazón disminuye la frecuencia cardíaca de reposo y aumenta la cantidad de sangre que el corazón expulsa en cada latido. De esta manera, la eficiencia cardíaca es mayor "gastando" menos energía para trabajar. Por otra parte, puede estimular la circulación dentro del músculo cardíaco con lo que la "alimentación" del corazón está favorecida. Así mismo disminuye la formación de coágulos dentro de las arterias con lo que se previene la aparición de infartos y de trombosis cerebrales.

Es así que Terrados et al. (2010) en su estudio de Nuevos factores de riesgo cardiovascular y la Actividad Física afirma que el efecto más beneficioso del ejercicio físico regular sería en el ámbito del metabolismo oxidativo, influyendo en los valores de lípidos en sangre ya que demuestran inequívocamente que las personas con mayor grado de actividad aeróbica

tienen una mayor concentración de HDL y menores valores de triglicéridos lo que supone un menor riesgo a presentar enfermedades cardiovasculares (Terrados et al., 2010).

En tal sentido la unidad intensiva coronaria una de las fortalezas en el personal de salud son sus conocimientos y la concientización a las enfermedades del cual son testigos que aquejan a la sociedad de hoy en día.

En la tabla 7 se puede observar que del 100% de personal de enfermería el 62.5% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares frente a un 37,5% que presenta un riesgo a enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, este 37.5% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares debido al el estrés laboral del servicio y al estrés de trabajar en dos o hasta tres lugares, este es considerado el gatillo o disparador de numerosas enfermedades cardiovasculares en individuos susceptibles: isquemia cerebral (ictus) y sobre todo miocárdica (angina de pecho, infarto sintomático o asintomático). También se asocia a hipertensión arterial y a arritmias malignas. A su vez, potencia el resto de los factores de riesgo cardiovascular. Existen claras evidencias de la influencia de los ciclos endocrinos en la enfermedad cardiovascular. En el estudio de Framingahn, la mayor incidencia de muerte súbita apareció entre las 9 y las 11 horas de la mañana, coincidiendo con el pico de elevación de la hormona cortisol. El estrés obliga al corazón a trabajar más intensamente. Las coronarias, que nutren al músculo cardíaco, requieren mayor aporte energético. Además, la sangre se espesa y las arterias se vuelven menos reactivas o elásticas; se acumulan así Sustancias nocivas en su pared, de forma que la sangre circula con mayor dificultad. A su vez, la fibrinólisis, que es el mecanismo defensivo que destruye los trombos, pierde efectividad. Por tanto, nuestro sistema cardiovascular se hace vulnerable ante cualquier obstrucción y/o trombosis aguda o crónica de la placa aterosclerótica. Igualmente, el exceso de

respuesta simpática se asocia con trastornos en la conducción eléctrica del corazón y con una mayor vulnerabilidad a arritmias ventriculares y, por ende, a la muerte súbita.

Lo rescatable es ese 62.5% que no presentan riesgos a enfermedades primero por no tener antecedentes familiares con enfermedades relacionadas al tema segundo no están sometidos a factores predisponentes como el humo del cigarro, no fuman etc. Tercero en su mayoría el 65% está entre el rango a peso ideal, presentan IMC dentro del promedio normal.

VI. CONCLUSIONES.

Las conclusiones derivadas del presente estudio fueron que:

a. El personal de Enfermería que labora en la unidad intensiva coronaria del Hospital Arzobispo Loayza presentan estilos de vida saludables los cuales se relacionan con no presentar un riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares. Estos estilos de vida son saludables ya que realizan en su mayoría ejercicios como caminatas por lo menos 30 minutos, no es habitual en ellos el consumo de licor, no fuman, y no están expuesto al humo del cigarrillo sumado a ello el conocimiento y la concientización frente a las enfermedades cardiovasculares, sin embargo existe un porcentaje de profesionales que tiene estilos de vida no saludables que se relacionan con el riesgo a presentar riesgo a enfermedades cardiovasculares, ya que su consumo de alimentos en sus mayoría es a base de frituras, bebidas azucaradas así como muchos de ellos laboran en varios lugares lo que conlleva a que tomen medicamentos para poder conciliar el sueño presentado estrés y alteración de su patrón del sueño.

- El personal de enfermería femenino y masculino presenta estilos de vida saludables relacionándose significativamente con el riesgo a no presentar enfermedades cardiovasculares.
- El personal de enfermería que tienen laborando varios años de servicio en su mayoría presentan estilos de vida saludable que se relacionan con no presentar riesgo a enfermedades cardiovasculares, pero existe cierto porcentaje de profesionales que por factores estresantes como la rutina en su trabajo que presentan cierto riesgo a presentar enfermedades cardiovasculares.

VII. RECOMENDACIONES

- a. Director del Hospital Arzobispo Loayza el cual debe gestionar la implementación de Programas en donde se enfatice el área de actividad física, a fin de mejorar la calidad y el desempeño profesional de Enfermería.
- b. Coordinación con el Área de Nutrición del Hospital Arzobispo Loayza para que brinde una alimentación variada, equilibrada y saludable que favorezca a la adquisición de buenos hábitos alimenticios evitando factores de riesgo determinantes en relación a las enfermedades cardiovasculares en el personal de la salud.
- c. Coordinación con la Jefatura del Departamento de Enfermería en el desarrollo de programas de formación continuada a los profesionales de Enfermería para que realicen intervenciones educativas relacionadas a la promoción de la salud en los estilos de vida.
- d. Coordinar con el Área de Psicología para implementar talleres de manejo de estrés como una de las estrategias para reducir la carga laboral.

VIII. REFERENCIAS

- Abellán, J., Sainz de Baranda Andújar, P., & Ortín Ortín, E. J. (2014). *Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular* (2, Ed.). Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial.
- ANDINA. (2015). *Estudio revela que creció riesgo cardiovascular en Ica, Trujillo y Arequipa / Noticias / Agencia Peruana de Noticias Andina*. <https://andina.pe/agencia/noticia-estudio-revela-crecio-riesgo-cardiovascular-ica-trujillo-y-arequipa-502762.aspx>
- Aristizábal, G. P., Blanco, D. M., Sánchez Ramos, A., & Ostiguín Meléndez, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es&tlng=es
- Bartrina, O. (2007). *Dieta y Riesgo Cardiovascular*. Médica Panamericana.
- BBC. (2016). *5 consecuencias de la falta de sueño*. BBC News Mundo. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160404_salud_falta_sueno_no_dormir_consecuencias_lb
- Bennassar, M. (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud* [Tesis Doctoral, Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitarias, Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS)]. <http://hdl.handle.net/10803/84136>
- Briceño-Díaz, R. O., & Ayudant, M. A. (2013). Estimación del riesgo cardiovascular mediante el sistema SCORE en trabajadores de salud. *Revista Médica Rebagliati*, 5(5), 15-18.

- Cerecero, P., Hernández, B., Aguirre, D., Valdés, R., & Huitrón, G. (2009). Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México. *Salud Pública de México*, 51(6), 465-473. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600004&lng=es&tlng=es
- Elosua, R. (2003). Actividad física y salud cardiovascular: Efectos sobre la oxidación lipídica y marcadores de inflamación. ¿Nuevos mecanismos para una vieja relación? *Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM)*. <https://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c250e/elosua.PDF>
- Garatachea, N., Pinós, T., Cámara, Y., Rodríguez, G., Emanuele, E., & Ricevuti, G. (2013). Association of the K153R polymorphism in the myostatin gene and extreme longevity. *Age (Dordrecht, Netherlands)*, 35. <https://doi.org/10.1007/s11357-013-9513-3>
- González, L. P. (2014). *La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem, punto de partida para calidad en la atención*.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill / Interamericana.
- Jiménez, J. R. (2014). *Hábitos alimentarios y riesgo cardiovascular en adultos con diabetes mellitus tipo 2* [Universidad de Barceló]. <http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH414b.dir/TFI%20Jimenez%25E9nez%252C%20Jimena%20Romina.pdf>
- Márquez, S., & Olea, S. (2013). Salud y efectos beneficiosos de la actividad física. En *Actividad física y salud* (pp. 3-14). Ediciones Díaz de Santos.

- Márquez, S., Rodríguez, J., & De Abajo, S. (2006). Sedentarismo y salud: Efectos beneficiosos de la actividad física. *Apunts Educación Física y Deportes*, 83, 12-24. Redalyc. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551656962003>
- Martínez, A. (2007). Hábitos y estilos de vida asociados a enfermedades vasculares en universitarios [Tesis Doctoral, Universidad Católica San Antonio de Murcia]. En *Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Departamento de Ciencias de la Salud*. <http://hdl.handle.net/10952/736>
- Martínez, J., & Villarino, A. (2014). *Dieta mediterránea: Avances en alimentación, nutrición y dietética*. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA) y Fundación Alimentación Saludable.
- Martínez-Gurrión, L., Landeros-López, M., Cortés-Mendoza, F., & et al. (2014). Riesgo cardiovascular en el personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención hospitalaria según Framingham. *Rev Mex Enf Cardiol*, 22(1), 13-16.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Enfermedades Cardiovasculares*. Centro de prensa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Enfermedades Cardiovasculares*. Centro de prensa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Enfermedades cardiovasculares—OPS*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
- Quiles, J. I. (2011). Nutrición y enfermedad cardiovascular: Hiperlipemias, hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca congestiva. En *Manual práctico de nutrición y salud*. https://www.kelloggs.es/content/dam/europe/kelloggs_es/images/nutrition/PDF/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_20.pdf

- Quiliche, R. B. (2019). Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el personal de la Universidad Peruana Unión, 2009. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 101-116. <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/RCCS/article/view/94>
- Ros, J. A. (2013). *Actividad física + salud: Hacia un estilo de vida activo* (1ª). Revista Española de Salud Pública.
- Sanabria-Ferrand, P., González, L. A., & Urrego M., D. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med*, 15(2), 207-217. Redalyc. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91015208>
- Sánchez-Jiménez, B., Sámano, R., Chinchilla-Ochoa, D., & Rodríguez-Ventura, A. L. (2014). Autocuidado en enfermeras y su asociación con su estado emocional. *Salud Pública de México*, 56(3), 235-236. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000300001&lng=es&tlng=es
- Sandoval-Morillo, Y., Lastrera-Obregón, H., Espinoza-Saravia, S., & Torres-Deza, C. (2015). Relación entre nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular y conducta de riesgo cardiovascular referida por las enfermeras. *Revista de Enfermería Herediana*, 8(1), 3-10. <https://doi.org/10.20453/renh.v8i1.2535>
- Terrados, N., Valcárcel, G., & Venta, R. (2010). Los nuevos factores de riesgo cardiovascular y la actividad física. *Apunts Medicina de l'Esport*, 45(167), 201-208.
- Zacarías, H., & Supo, J. (2020). *Metodología de la Investigación Científica: Para Las Ciencias de la Salud y Las Ciencias Sociales*. Amazon Digital Services LLC - Kdp. <https://books.google.com.pe/books?id=WruXzQEACAAJ>

Zimmermann, M., González, M. F., & Galán, I. (2010). Perfiles de exposición de riesgo cardiovascular según la ocupación laboral en la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 84(3), 293-308.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000300008&lng=es&tlng=es

IX. ANEXOS

ANEXO A: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variables | Definición conceptual | Definición Operacional | Dimensión | Indicadores | Medición de variable |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estilos de vida | <p>“Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS,1986, p.118).</p> | <p>Establece los estilos de vida que seguirá el investigador para medir las variables en su Investigación.</p> | Físicos | <ul style="list-style-type: none"> - Actividad física - Habitos Alimentarios | <ul style="list-style-type: none"> - Siempre - Casi siempre |
| | | | Social | <ul style="list-style-type: none"> - Habitos nocivos Tabaco Alcohol | <ul style="list-style-type: none"> - Algunas veces. - Muy pocas veces. |
| | | | Emocional | <ul style="list-style-type: none"> - Estrés - Sueño | <ul style="list-style-type: none"> - Nunca |
| Riesgo a enfermedades cardiovasculares | <p>Es la probabilidad que tiene un individuo de presentar un evento cardiovascular en los próximos 10 años, basado en el número de factores de riesgo presentes en el mismo individuo o teniendo en cuenta la magnitud de cada uno de ellos. (Guías Europeas,2006)</p> | <p>Establecer los riesgos que seguirá el investigador para medir las variables en su investigación.</p> | Factores de riesgo modificables | <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de: - Diabetes - Dislipidemia - HTA | <ul style="list-style-type: none"> Si No |
| | | | Factores de riesgo no modificables | <ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad - Raza - Antecedentes familiares | <ul style="list-style-type: none"> Si No |

ANEXO B: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Prueba binomial

| N° DE ITEMS | JUECES DE EXPERTOS | | | | | Total | P |
|----------------|--------------------|---|---|---|---|-----------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.00 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.00 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.00 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.00 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.00 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.00 |
| 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.03 |
| 8 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 0.81 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.00 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.00 |
| Total | | | | | | 43 | 8.84 |

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

$$\text{---} \quad P = \sum P$$

N° de ítems

$$\text{---} \quad P = \frac{\sum P}{N} = \frac{8.84}{10} = 0.884$$

El resultado es 0.884 donde es > que 0.5

Se concluye que el instrumento es **VÁLIDO**.

ANEXO C: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Tabla 1.

Resumen de procesamiento de casos

| | | N | % |
|-------|----------|----|-------|
| Casos | Válido | 10 | 100,0 |
| | Excluido | 0 | 0 |
| | Total | 10 | 100,0 |

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

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| 0.682 | 24 |

Como se observa en la tabla 1 la confiabilidad es 0.682 Por lo tanto podemos afirmar que el instrumento que mide dicha variable es confiable.

Tabla 2.

Resultado del análisis de confiabilidad del instrumento que mide la variable riesgos cardiovasculares.

| RK-20 | N° de elementos |
|-------|-----------------|
| 0.954 | 6 |

Como se observa en la tabla 2 la confiabilidad es de 0.954, por lo tanto podemos afirmar que el instrumento que mide dicha variable tiene alta confiabilidad.