



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CONOCIMIENTO SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN
PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO
HOSPITALIZADOS EN LA UCICOR DE UN HOSPITAL NACIONAL,
LIMA – 2016.**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADO CARDIOVASCULAR**

INVESTIGADORA

LIC. ENF. PARICAHUA FLORES KATIA JULIANA

LIMA-PERÚ,

2016

ASESORA

MG. INÉS SILVA MATHEWS

INDICE

Introducción.....	1
I. Capítulo I: Planteamiento del problema	
1.1 Formulación del problema.....	5
1.2 Justificación	5
1.3 Factibilidad y viabilidad.....	6
II. Capítulo II: Propósito y objetivos	
2.1 Propósito.....	7
2.2 Objetivos.....	7
III. Capítulo III: Marco Teórico	
3.1 Antecedentes.....	8
3.2 Base teórica.....	10
IV. Capítulo IV: Material y Métodos	
4.1 Diseño de estudio.....	19
4.2 Población y muestra.....	19
4.3 Criterios de selección.....	19
V. Capítulo V: Técnica, plan y procesamiento de recolección de datos	
5.1 Técnica de recolección de datos.....	20
5.2 Plan de recolección de datos.....	20
5.3 Procesamiento de información	21
5.4 Operacionalizacion de variables.....	22
VI Capítulo VI:	
6.1 Consideraciones éticas y administrativas.....	24
6.2 Cronograma de Gant.....	25
6.3 Consideraciones administrativas.....	26
Referencias Bibliográficas.....	28
ANEXO.....	32

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo, aproximadamente 17.5 millones de personas mueren por alguna ECV el último año, En el Perú el 15.5 % de muertes son de origen cardiovascular.

El cambio en los estilos de vida no saludables, como el sobrepeso, el consumo de alcohol y cigarrillo, el sedentarismo, el manejo inadecuado de estrés y una dieta no saludable aumenta el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Pero lograr un cambio en el estilo de vida no es una tarea sencilla y depende de una férrea voluntad, disciplina y de la incorporación en un programa. Este programa debe de ser suficientemente amplio que permita desarrollar actividades que disminuyan el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular como la práctica de ejercicio, el adecuado manejo de estrés, una dieta adecuada y el desarrollo de actividades que alejen al paciente del consumo de alcohol y tabaco.

El objetivo de este estudio de investigación es determinar el conocimiento sobre estilos de vida saludables en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en la Unidad de Cuidados Coronarios, con el propósito de contribuir con una información actualizada que oriente el diseño de programas educativos para la salud destinados para los pacientes y familiares sobre temas relacionados a promover la adopción de conductas y estilos de vida saludable, así como al cultura de prevención para mejorar su calidad de vida, disminuyendo el riesgo a recidivas e incremento del tiempo de estancia hospitalaria y costos.

PALABRAS CLAVE: conocimiento, estilo de vida saludable, síndrome coronario agudo.

SUMMARY

Cardiovascular diseases (CVD) are one of the main causes of morbidity and mortality in the world; approximately 17.5 million people die from any CVD in the last year. In Perú, 15.5% of deaths are of cardiovascular origin.

Changing unhealthy lifestyles, such as being overweight, alcohol and cigarette smoking, sedentary lifestyle, inadequate stress management, and an unhealthy diet increases the risk of cardiovascular disease. But achieving a change in lifestyle is not a simple task and depends on a strong will, discipline and incorporation into a program. This program should be broad enough to allow activities that reduce the risk of cardiovascular disease, such as exercise, adequate stress management, adequate diet and activities that remove the patient from alcohol and tobacco consumption.

The objective of this research study is to determine the knowledge about healthy lifestyles in patients with acute coronary syndrome hospitalized in the Coronary Care Unit, with the purpose of contributing with an updated information that guides the design of educational programs for health intended For patients and families on issues related to promoting the adoption of healthy behaviors and lifestyles, as well as the culture of prevention to improve their quality of life, reducing the risk of relapses and increased length of hospital stay and costs.

KEYWORDS: knowledge, healthy lifestyle, acute coronary syndrome.

INTRODUCCION

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad en Europa y el mundo occidental. En los estados Unidos de América es responsable de casi 50 % de todas las muertes (1). Alrededor de 1.5 millones de personas tienen un infarto agudo de miocardio cada año, y de ellas casi 500. 000 son fatales. Presentándose tanto en hombres como en mujeres de todos los grupos raciales y étnicos, convirtiéndose en una verdadera pandemia que no respeta fronteras (2).

Según el análisis del Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2010, la ciudad de Lima, llego a constituir la segunda causa de muerte y a nivel nacional fue la cuarta causa de mortalidad siendo discretamente superior en varones que en mujeres (3).

Los pacientes que sobreviven a un evento isquémico agudo se enfrentan a un futuro incierto, porque tienen el riesgo de padecer otro evento a corto plazo y el riesgo de muerte es mayor. Es en ellos en quienes se debe aplicar estrictas medidas de prevención temprana.

La modificación de los estilos de vida no saludables como supresión del tabaquismo, cambiar los patrones de alimentación, incrementar la actividad física y controlar el estrés, reduce significativamente el riesgo de padecer un evento isquémico. De igual modo, el cumplimiento de las pautas terapéuticas para el tratamiento de hipertensión arterial, diabetes e hiperlipidemias puede prevenir la aparición o la progresión de la enfermedad aterosclerótica y la mortalidad por cardiopatía coronaria en más de 50 %, logrando los objetivos de la prevención a través del seguimiento permanente de estos pacientes en los programas de rehabilitación cardiaca (3).

Lograr un cambio en el estilo de vida no es una tarea sencilla y depende de una férrea voluntad, disciplina y la incorporación en un programa suficientemente amplio que lo permita desarrollar actividades que disminuyan el riesgo de padecer

una enfermedad cardiovascular. El concepto de un estilo de vida saludable ha crecido en importancia durante la última década.

El objetivo de este estudio de investigación es determinar el conocimiento sobre estilos de vida saludables en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en la Unidad de Cuidados Coronarios, con el propósito de contribuir con una información actualizada que oriente el diseño de programas educativos para la salud destinados para los pacientes y familiares sobre temas relacionados a promover la adopción de conductas y estilos de vida saludable, así como al cultura de prevención para mejorar su calidad de vida, disminuyendo el riesgo a recidivas e incremento del tiempo de estancia hospitalaria y costos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo, aproximadamente 17.5 millones de personas mueren por alguna ECV el último año. Según el informe de la organización mundial de la salud (OMS) más del 75% de muertes de origen cardiovascular, corresponde a cardiopatía isquémica y el 80 % de infartos de miocardio agudo (IMA) prematuros son prevenibles (4).

En el Perú el 15.5 % de muertes son de origen cardiovascular. Más de 4 mil personas mueren cada año debido a que han presentado un infarto de miocardio agudo (IMA), según información estadística en Lima cada día se producen entre 4 y 5 eventos, siendo usualmente la población más afectada adultos mayores de sexo femenino. La población mayor de 60 años era más propensa de sufrir un infarto, sin embargo, ahora se observa personas entre 30 y 40 años con problemas de tipo coronario, cambiando así la tendencia (5).

Se sabe también que los pacientes que sobreviven a un evento de síndrome coronario agudo se enfrentan a un futuro incierto, porque tienen el riesgo de padecer otro evento a corto plazo y el riesgo de muerte es dos a nueve veces más alto que la población en general, es en ellos en quienes se debe tratar estrictas medidas de prevención temprana (6).

Un estudio de la sociedad Europea de Cardiología, demostró la alta prevalencia de factores de riesgo modificables en pacientes con cardiopatía coronaria, haciendo hincapié en la necesidad de su control por parte de los grupos de rehabilitación cardíaca (7).

Según proyecciones para el año 2020, las enfermedades cardiovasculares se mantendrán como la principal causa de mortalidad y discapacidad, este aumento está estrechamente relacionado con un desbalance del estilo de vida, la combinación de una dieta poco saludable, inactividad física, consumo de tabaco y

alcohol con efecto acumulativo, que favorece una incidencia mayor. Estudios poblacionales evidencian que, hasta el 80% de casos de cardiopatía coronaria y el 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2, pueden evitarse si se sigue un estilo de vida saludable (8).

El estilo de vida es la forma individual en la que cada persona interactúa con la naturaleza, la manera como se siente, piensa y actúa; es el conjunto de hábitos que se manifiestan en cada ser humano y en forma colectiva. Existen hábitos en cada individuo que favorecen su salud y que deben ser promovidos con el fin de que cada persona mejore su calidad de vida. Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. En el año 2010 la Organización Mundial de la Salud declaró que se deberían mejorar los factores de riesgo como la alimentación poco saludables y el sedentarismo para prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares. Muchos infartos pueden ser prevenidos al mantener un estilo de vida más saludable (8-4).

El cambio en los estilos de vida no saludables, como el sobrepeso, el consumo de alcohol y cigarrillo, el sedentarismo, el manejo inadecuado de estrés y una dieta no saludable aumenta el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Pero lograr un cambio en el estilo de vida no es una tarea sencilla y depende de una férrea voluntad, disciplina y de la incorporación en un programa. Este programa debe de ser suficientemente amplio que permita desarrollar actividades que disminuyan el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular como la práctica de ejercicio, el adecuado manejo de estrés, una dieta adecuada y el desarrollo de actividades que alejen al paciente del consumo de alcohol y tabaco (9).

En la unidad de cuidados intensivos coronarios (UCICOR) se observa afluencia de pacientes con síndrome coronario agudo que se encuentran hospitalizados, al interactuar con los pacientes refieren la preocupación el porque les sucedió ese evento, se reusan a un cambio de estilo en la alimentación, muchos de ellos no

tienen tiempo para realizar ejercicios, se sienten estresados con el trabajo que realizan y lo más resaltante que en su mayoría tienen miedo a morir, entre otras expresiones.

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el conocimiento sobre estilos de vida saludables en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en la UCICOR del hospital Arzobispo Loayza, Lima – 2016?

1.2 JUSTIFICACION

Socialmente las enfermedades cardiovasculares se han incrementado en los últimos años; en las diferentes etapas de vida. Los pacientes con síndrome coronario agudo y sus complicaciones como la insuficiencia cardiaca, son un motivo frecuente de consulta y reingreso a la unidad de cuidados coronarios del hospital Arzobispo Loayza.

Con la evidencia generada a partir de la entrevista, se facilitara a todo el equipo multidisciplinario que labora en el servicio de la unidad de cuidados coronarios (UCICOR) del Hospital Nacional Arzobispo Loayza elaborar programas educativos dirigidos al paciente, familia y población vulnerable sobre estilos de vida saludable a fin de disminuir el riesgo de complicaciones, recurrencia de eventos y mejorar la calidad de vida.

Esta investigación demuestra tener originalidad local ya que no existen antecedentes investigativos locales u otra investigación en el área de enfermería de la unidad de cuidados coronarios enfocada en el conocimiento sobre estilos de vida saludables de pacientes con primer evento coronario agudo.

1.3 FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD

Es factible ya que se cuenta con la autorización y apoyo de la jefa de enfermeras y del servicio de la unidad de cuidados coronarios en coordinación de las enfermeras especialistas que laboran en la unidad, colaboraran desinteresada e incondicionalmente, por cuanto a los resultados de la investigación también es de su interés. Así mismo se contara con el consentimiento de los pacientes hospitalizados de la unidad de cuidados coronarios para la aplicación del trabajo de investigación.

Es viable porque se cuenta con la información necesaria para la recolección de datos, el costo y los materiales a usar en el trabajo de investigación serán financiadas por la investigadora, se contara con la accesibilidad y uso de tiempo para la realización del trabajo de investigación. Con este aporte se tomaran las medidas necesarias, encaminadas a disminuir enfermedades cardiovasculares y sus enfermedades concomitantes

CAPITULO II

PROPOSITO Y OBJETIVOS

2.1. PROPÓSITO:

El estudio estará orientado a proporcionar información actualizada sobre el nivel de conocimientos en estilos de vida saludable de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados coronarios a las autoridades y la jefa de servicio con el fin de reflexionar al respecto, sobre la necesidad de diseñar e implementar programas de educación para la salud para la adopción de una cultura de prevención y estilos de vida saludable en prevención de riesgo coronario agudo y complicaciones derivadas.

2.2. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el conocimiento sobre estilos de vida saludable en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en la UCICOR del Hospital Arzobispo Loayza.

2.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

2.3.1. Identificar el conocimiento sobre estilos de vida saludable en relación a la actividad física

2.3.2. Identificar el conocimiento sobre estilos de vida saludable en relación a la alimentación y el control del peso corporal

2.3.3. Identificar el conocimiento sobre estilos de vida saludable en relación al consumo de sustancias nocivas.

2.3.4. Identificar el conocimiento sobre el control médico y el control de la presión arterial.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES:

Monsalve D y Sarmiento J , en su estudio “Impacto de seguimiento sobre la modificación de factores de riesgo en pacientes con enfermedad arterial coronaria” (Bogotá , Colombia - 2011), tuvieron como objetivo describir la disminución en la prevalencia de nuevos eventos coronarios , cuyas conclusiones fueron que el seguimiento de factores de riesgo mostro modificación en los hábitos de la vida, como el incremento en la actividad física, continuidad en el tratamiento farmacológico , cese del tabaquismo y disminución de riesgo para nuevos eventos coronarios. La prevención para la enfermedad cardiovascular, debe iniciarse lo más temprano posible en todo paciente con riesgo y/o síndrome coronario agudo y se debe ofrecer e identificar las estrategias de promoción y prevención en aquellos pacientes con riesgo para enfermedad coronaria (10).

Terra T y Rombaldi A. en su estudio “Conocimientos sobre factores de riesgo para enfermedades crónicas” (Brasil – 2011),tuvieron como objetivo evaluar en la población los conocimientos sobre las asociaciones de cuatro factores de comportamiento (estilo de vida : sedentarismo, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la nutrición inadecuada) con ocho enfermedades (diabetes, hipertensión, el SIDA, la osteoporosis , el cáncer de pulmón, la depresión , la cirrosis hepática y el infarto agudo de miocardio).los resultados demostraron que el 85% de personas encuestadas , el 22% conocen y practicas los hábitos de vida saludable, de ellos el 80% son mujeres de un grupo etario de 60 a más años de edad. Obteniendo así un alto de índice de enfermedades crónicas en los últimos años. Las estrategias de gobierno para aumentar los conocimientos sobre la población los factores de riesgo para enfermedades crónicas son necesarias (11).

Del Villar, M. en su estudio “Estilos de vida en pacientes con antecedentes de infarto de miocardio que asistieron al consultorio cardiológico en el Hospital municipal de la ciudad general de Arenales” (Argentina-2010), tuvieron como objetivo evaluar los conocimientos de estilos de vida de paciente con antecedentes de IMA , de los cuales las conclusiones fueron que el 75 % del total de entrevistados, el 35% de estos pacientes con antecedente de infarto de miocardio han cambiado medianamente sus hábitos de vida para mejorar su calidad, luego de haber ocurrido el evento cardiovascular, por lo que llevan una alimentación variada, la mayoría ha abandonado el hábito de fumar, y realizan actividad física regularmente. A pesar de que la mayoría recibió información por un profesional y evita la sal agregada en las preparaciones correspondiendo a lo recomendado, algunos hábitos no saludables se continúan realizando, como el consumo elevado de fiambres, y carne vacuna, los primeros por su gran aporte de sal y grasa, deberían ser retirados de su alimentación habitual (12).

Cuevo L y Garzón M. En su estudio “Cambios en el estilo de vida adoptados por las personas que asisten a los programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular” (Bogotá, Colombia – 2011), el objetivo fue analizar los estilos de vida no saludables, que presentan los usuarios del programa de prevención de factores de riesgo cardiovascular antes de su ingreso a este. Las conclusiones que el 92% de personas que asisten por primera vez a un programa de prevención cardiovascular el 79% no conocen sobre los factores de riesgo cardiovascular trayendo como consecuencia el incremento de enfermedades vasculares y sus enfermedades concomitantes. Para lograr un cambio de estilo de vida no es tarea sencilla y depende de una férrea voluntad, disciplina y la incorporación en un programa suficiente amplio que le permita desarrollar actividades que disminuyan el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, como la práctica de ejercicio, el adecuado manejo de estrés, una dieta adecuada y el desarrollo de actividades que alejen al paciente del consumo de alcohol y cigarrillo. Por otra parte toda persona independiente de su condición socioeconómica, ocupación y edad puede

lograr un cambio en su estilo de vida que disminuya el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (13).

Mendoza, M. En su estudio de “Estilos de vida de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”, (Lima, Perú – 2010), tuvo como objetivo determinar los estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería de dicha institución, obteniendo como resultado que en un 95% los estilos de vida de los estudiantes de enfermería son desfavorables, lo cual conduce a que estén propensos a presentar un deterioro en su salud física, mental y no desarrollar sus actividades adecuadamente y en un 83 % están relacionadas a una inadecuada alimentación, descanso insuficiente y no practicar ejercicios (14).

3.2. BASE TEORICA

CONOCIMIENTO Y VIDA SALUDABLE

El conocimiento es un conjunto de esquemas mentales (ideas, información, definiciones y técnicas) que la persona ha ido adquiriendo a través de una praxis o por medio intelectual la cual se evidencia en la resolución de problemas (15). Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje, el cual transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir un conocimiento, esto implica que a nivel del ámbito de salud el personal de salud debe saber gestionar conocimientos adecuados y facilitar a los usuarios para la toma de conciencia en la práctica de estilos de vida saludable (15-16).

EL profesional de enfermería que labora en los servicios de cardiología y en las unidades de cuidado intensivo coronarios, por la naturaleza de su trabajo tiene la posibilidad de establecer relaciones no solo de tipo asistencial , sino también de carácter preventivo promocional mediante la elaboración e implementación de programas de educación para la salud aplicando estrategias participativas en el cual sea capaz no solo de identificar la información que posee, sino que mediante una educación u organización personalizada pueda ejercer su rol docente y/o

consejero a los pacientes, familia y población vulnerable orientado a promover la adopción de una cultura de prevención de riesgos coronarios , también fomentar la implementación de estilos de vida saludable en su vida diaria , a fin de prevenir y controlar las recidivas y/o complicaciones que puede conllevar a riesgos de muerte; (17) situación que es de vital importancia , por ser esta una de las enfermedades que requiere de modificaciones en cuanto a los estilo de vida y el desarrollo de una conciencia crítica individual que le permita asumir cambios de conducta con relación a la dieta, el descanso, el ejercicio, la visita al médico, el control de factores de riesgo tales como el manejo del estrés ,el peso y uso de sal.

ESTILO DE VIDA SALUDABLE

De acuerdo a la organización mundial de salud (OMS), el estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (18).

Un estilo de vida saludable repercute en forma positiva en la salud, comprende hábitos como la práctica habitual del ejercicio, una alimentación habitual y saludable, el disfrute de tiempo libre, actividades de socialización, mantención del autoestima alta, actitud positiva frente a la vida, espiritualidad, familia amigos, etc. (19).

ESTILO DE VIDA Y SINDROME CORONARIO AGUDO

El estilo de vida no saludable es una causa mayor de las enfermedades cerebrovasculares, consecuencias bien conocidas de un estilo de vida no saludable son el sobrepeso, una relación de colesterol total/colesterol HDL desfavorable y una presión arterial elevada (20).

En el Perú, el infarto agudo de miocardio (IMA), corresponde al principal diagnóstico dentro de las enfermedades isquémicas del corazón su tasa de morbilidad fue significativa en las últimas décadas, en cuanto a la hospitalización se observa una tendencia creciente en la tasa bruta de egresos por infarto agudo de miocardio con ST elevado (30 %), infarto agudo de miocardio sin ST elevado (25 %), o angina inestable (38 %) en el periodo 2004 al 2010, las tasas son mayores a medida que aumentan la edad, y son significativamente más altas en hombres que en las mujeres en todos los rangos etarios (21).

En el mismo orden de ideas, una meta análisis relativamente reciente, refuerza más la evidencia de que la modificación de estilo de vida y el tratamiento farmacológico de los factores de riesgo cardiovascular, son eficaces en la disminución de un segundo evento coronario y sus complicaciones.

ESTRATEGIAS CONDUCIENTES A ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO

Las medidas de prevención cardiovascular deben comenzar con los cambios de estilo de la vida cuando estas no sean saludables, malos hábitos como una dieta inapropiada o sedentarismo no solo originan obesidad, sino que también favorecen la aparición de otros factores de riesgo como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia. Los cambios en el estilo de vida se consideran imprescindibles junto con una terapia farmacológica. A pesar de que son medidas eficaces a disposición de todos los pacientes y poco costosas, no se instauran ni promueven como se debería, en ocasiones por falta de tiempo de los profesionales, y en otras porque los propios pacientes las consideran un sacrificio y deciden seguir únicamente las estrategias preventivas basadas en fármacos (22).

Son necesarias y urgentes las intervenciones a distintos niveles, que promuevan la adopción y el mantenimiento de hábitos más activos y saludables en los pacientes. Los efectos beneficiosos de estas estrategias ya han sido confirmados en diferentes países y modelos socio-sanitarios. Por consiguiente, se debe concientizar a la sociedad sobre la importancia de promover estilos de vida cardiosaludables. El cambio de mentalidad empezando por la familia y su entorno,

debe trasladarse a la población sana y laboralmente activa. Finalmente se debe seguir impulsando nuevos estudios de investigación, ya que la eficacia de las actualidades estratégicas preventivas todavía es limitada (23).

Según a la estrategia mencionada se debe considerar los siguientes aspectos:

A.- ACTIVIDAD FÍSICA.- El ejercicio, particularmente el acondicionamiento aeróbico y el entrenamiento de fuerza, es una de las intervenciones fundamentales para prevenir la muerte y la discapacidad generada por las enfermedades cardiovasculares. Se aprecia un aumento de la resistencia orgánica, mejoría de la circulación, regulación del pulso y disminución de la presión arterial.

Se debe tener en cuenta que los ejercicios estáticos provocan un menor gasto metabólico, al realizarse con grupos musculares reducidos, pero que pueden provocar una fuerte respuesta vasopresora con aumento del gasto cardíaco, la presión arterial y de la frecuencia cardíaca por elevación del tono simpático, pueden ser peligrosos para pacientes coronarios

- Se emplea ejercicio dinámico aeróbico de baja y moderada intensidad creciente y en ocasiones se utilizan los ejercicios resistidos, según las características del paciente.
- Presión arterial en reposo menor de 140/90 mm Hg, con respuesta adecuada con el esfuerzo.
- Se debe hacer hincapié en que los efectos positivos para la salud se producen con cualquier incremento en la actividad física, pequeñas cantidades de ejercicio , por ejemplo: uso de escaleras en lugar de ascensor
- Ejercicios activos de moderada a baja intensidad, de los 7 días a la semana, mínimo 5 días.
- 30 minutos de ejercicio moderadamente, la mayoría de los días de la semana reduce el riesgo y mejoran de forma física (23).

B.- ALIMENTACIÓN: La alimentación es un pilar fundamental para mantener la salud cardiovascular. Todos deberíamos conocer los hábitos alimentarios asociados a un menor riesgo y los profesionales de enfermería y los especialistas deberían apoyar fuertemente en este aspecto, sobre todo a los pacientes con

alguna dolencia cardiovascular y a las personas en peligro de desarrollar algún evento coronario.

Se denomina saludable cuando los alimentos que son consumidos proporcionan los nutrientes necesarios para mantener la salud del organismo, la dieta saludable se caracteriza por el consumo de frutas, verdura, lácteos, proteínas y carbohidratos, bajos en grasas, hay varias maneras de reducir el riesgo de síndrome coronario agudo, por ejemplo, disminuyendo la ingestión de grasas saturadas, una dieta pobre en sal tiene un efecto beneficioso sobre la presión arterial, frutas y verduras son ricas en micronutrientes y fibra por consiguiente, protectoras frente a las enfermedades cardiovasculares, así mismo la disminución en la ingesta de calorías prevendrá la obesidad (24).

- Se debe ajustar el consumo calórico para evitar el sobrepeso
- Seguir una dieta variada y una ingesta calórica adecuada para mantener el peso “ideal”
- Consumir diariamente cinco o más raciones de frutas y verduras, así como cereales integrales
- Tomar legumbres y pescado varias veces a la semana.
- Reducir la ingesta de sal, fomentando el consumo de alimentos frescos evitando de alimentos procesados, moderando su uso para condimentar los alimentos y evitando añadirla (quitar el salero de la mesa).
- Limitar el consumo de grasas a un máximo del 35% del total de calorías diario. Se recomienda que exista un claro predominio de los ácidos grasos monoinsaturados (procedentes del aceite de oliva), mantener un consumo lo más bajo posible de ácidos grasos saturados (por debajo del 7% de la ingesta calórica total), tratar de eliminar o reducir al mínimo las grasas hidrogenadas y estimular la ingesta de ácidos grasos esenciales, particularmente los omega 3, procedentes del pescado
- Conviene también optar por los lácteos desnatados y limitar el consumo de ácidos grasos “trans”, presentes en la pastelería y bollería industrial, precocinada y aperitiva.

- Tomar más pescado y carnes de pollo, pavo y conejo, en detrimento de carnes rojas y embutidos. Antes de cocinar las carnes, retirar la grasa visible.
- Recordar el consumo de frutas , verduras, cereales y pan entero, pescado (sobretudo azul o graso) , carne magra, productos lácteos descremados
- Alimentos frescos o congelados no salados, tener en cuenta que muchos alimentos procesados y preparados como el pan son ricos en sal. (24)

B.1.- CONTROL DEL PESO CORPORAL.- La obesidad está aumentando en las sociedades desarrolladas con carácter epidémico, al mismo tiempo que lo hace la diabetes tipo 2. Ambos procesos están íntimamente ligados al estilo de vida actual. En pocos años, el exceso de peso puede pasar a ser el primer factor de riesgo en importancia en el mundo occidental. La acumulación de grasa, particularmente la localizada en el abdomen (grasa abdominal o grasa visceral), no es un fenómeno inocente que aparece con los años y la falta de actividad física. Aunque parezca difícil de creer, los intestinos se comportan como un auténtico órgano endocrino, que está metabólicamente activo y que induce a la dislipemia, la hipertensión arterial y a la diabetes. Hoy en día, se considera que el riesgo cardiovascular depende más que del número total de kilogramos que pese una persona de cómo se distribuyan éstos en su cuerpo. Sin embargo, existe otro marcador de riesgo para desarrollar una enfermedad cardiovascular que puede resultar, incluso, mejor que el índice de masa corporal (IMC) indicador que se utiliza de forma universal para definir el sobrepeso y la obesidad, es el cálculo del perímetro de la cintura o perímetro abdominal. El médico o la enfermera pueden ayudar a hacerlo correctamente, ya que es muy sencillo y, junto con el peso, permite hacer un seguimiento en los planes de un estilo cardiovascular saludable.

- El índice de masa corporal (IMC), 18.5 a 24.9 kg/m²
- Perímetro abdominal menor de 88cm en mujeres y menor de 102 cm en varones.
- El aumento de peso corporal está asociado a un aumento de la morbilidad y mortalidad total y por ECV. Mediado en parte por el aumento de la

presión arterial y el aumento del colesterol plasmático, la reducción del colesterol HDL y el aumento de la probabilidad de diabetes.

- Restricción de ingesta calórica total y ejercicio físico regular son las piedras angulares del control de peso, es probable que con el ejercicio se produzcan mejorías en el metabolismo de grasa central incluso de que tenga una reducción del peso (25).

C.- CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS: Las sustancias nocivas son aquellas que al consumirlas causan daño a nuestro organismo, entre ellas tenemos el cigarro, café, alcohol, las cuales afecta en nuestro organismo depende de su frecuencia y consumo.

Tabaquismo.- Según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), el tabaco es el factor de riesgo cardiovascular más importante, ya que la incidencia de la patología coronaria en los fumadores es tres veces mayor que en el resto de la población. La posibilidad de padecer una enfermedad de corazón es proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados al día y al número de años en los que se mantiene este hábito nocivo. Hay dos factores por los que el tabaco puede producir una isquemia coronaria:

- Nicotina. Desencadena la liberación de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) que producen daño en la pared interna de las arterias (endotelio), aumenta el tono coronario con espasmo, produce alteraciones de la coagulación, incrementa los niveles de LDL (colesterol malo) y reduce los de HDL (colesterol bueno).

Monóxido de carbono. Disminuye el aporte de oxígeno al miocardio y aumenta el colesterol y la agregabilidad

- Suspensión completa, ninguna exposición a humo de tabaco ambiental (26).

Consumo de alcohol.- El consumo mantenido y excesivo puede dañar el corazón porque el alcohol es un tóxico para el músculo cardíaco, puede llegar a debilitar el corazón y causar una enfermedad denominada miocardiopatía dilatada (el

corazón se dilata y disminuye la fuerza de "bombeo"), provocando en el paciente síntomas de insuficiencia cardiaca.

En esta situación aparecen los efectos nocivos del alcohol sobre el sistema cardiovascular (arritmias, hipertensión arterial, miocardiopatía alcohólica) o también sobre otros órganos como el hígado, el cerebro o una mayor incidencia de neoplasias. Cabe considerar también los efectos colaterales del consumo de alcohol como el riesgo de adicción, o los accidentes laborales o de tráfico, situaciones que no siempre están en relación con la dosis de alcohol consumida. Por ello es aconsejable evitar el consumo de dosis altas de alcohol y en ningún caso potenciar su consumo en pacientes previamente abstemios. En pacientes con consumo previo de alcohol y elevado riesgo cardiovascular se podría discutir la indicación específica de mantener un consumo controlado de dosis moderadas con una valoración personal del riesgo frente al beneficio (27).

D.- CONTROLES MEDICOS: Los profesionales sanitarios (médicos y personales de enfermería) son elementos clave a la hora de alcanzar el éxito en la tarea de reducir el riesgo cardiovascular. Ellos deben ser los mejores aliados del paciente para facilitarle un cambio de estilo de vida saludable y de corregir aquellos hábitos nocivos que pueden estar dañando la salud del paciente coronario o que presente un nuevo evento.

Otra cuestión esencial es que el paciente se involucre desde el principio en el cuidado de su propia enfermedad. Numerosas investigaciones han demostrado que los resultados de salud mejoran cuánto más participa el afectado en la toma de decisiones sanitarias y mayor sintonía tiene con los profesionales que le atienden. (28)

D.1.- CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL:

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, aumenta el riesgo de presentar complicaciones coronarias y en aquellos pacientes que ya han tenido un problema cardiovascular: Puede intensificar el daño Propiciado por la aterosclerosis (acumulación de colesterol en las arterias), incremento de los fenómenos de trombosis (puede producir infarto

de miocardio o infarto cerebral) y en el peor de los casos puede provocar la dilatación de la aorta (aneurisma) o rotura de la misma (27).

Controlar las cifras tensionales previene el riesgo de sufrir infartos cerebrales y de miocardio, síndrome coronario agudo, etc.

- Realizar mediciones periódicas de la presión arterial.
- Perder peso e incrementar la actividad física siguiendo las indicaciones médicas.
- Realizar una dieta pobre en sal.
- Quitar el salero de la mesa donde se come.
- Alcohol, limitar la cantidad a 1 onza (mujer) ó 2 onzas diarias (hombre).
- Pide apoyo a tus familiares y amigos (28)

CAPITULO IV

MATERIAL Y METODO

4.1. DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio será de un nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal.

4.2 POBLACION Y MUESTRA

POBLACION

La población estará conformada por 55 pacientes con el Diagnostico de síndrome coronario agudo en su primer evento hospitalizados en la Unidad de Cuidados Coronarios del hospital Arzobispo Loayza, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes de ambos sexos
- ✓ Pacientes con edades que oscilan entre 40 a 70 años
- ✓ Pacientes que tuvieron un primer evento de SICA y se encuentran hospitalizados.
- ✓ Pacientes que deseen participar en forma voluntaria del estudio de investigación.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con reingreso a la Unidad de cuidados coronarios
- Pacientes desorientados y confusos.

CAPITULO V

TECNICA, PLAN Y PROCESAMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

5.1.- TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Para recolectar la información se hará uso de la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario, el cual será elaborada por la investigadora basada en dimensiones propuestas.

El cuestionario contara con 20 preguntas, tipo cerrada y con 4 alternativas cada una para marcar, la evaluación de los resultados se hará según puntaje categorizado en tres dimensiones: bueno (16 a 20 puntos), regular (11-15) y malo (menos de 10).

El instrumento pasara por el proceso de validez y confiabilidad a través de la prueba de expertos y piloto. Este instrumento tendrá una confiabilidad de 0.67 y una validez de criterio de 10 expertos que serán evaluados por la prueba binomial obteniendo un cuestionario valido.

5.2.- PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Para recolectar la información se hará las gestiones siguientes:

- Presentación del proyecto a la Unidad de investigación, ciencia y tecnología de la UPCH, para su revisión y envió hacia el comité de Ética de la UPCH.
- Se solicitara la autorización a la Dirección del Hospital A. Loayza con copia a la Unidad de Capacitación, con la finalidad de obtener las facilidades para el recojo de la información.
- Una vez obtenida la autorización se coordinara con la jefatura de enfermería y de la unidad de cuidados coronarios a fin de tener acceso a la población de estudio.

- Se establecerá una reunión con la población para explicarles la finalidad del estudio y solicitar su participación voluntaria y la firma del consentimiento informado.
- El recojo de la información se realizara en uno de los ambientes facilitados, con una duración aproximado de 30 minutos aproximadamente.

5.3.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Concluida la recolección de datos, estos serán procesados de forma manual previa elaboración de una tabla en Excel, luego serán presentados en tablas de doble entrada estadísticos para el análisis se utilizaran frecuencias y porcentajes e intervalos.

5.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Conocimiento sobre estilos de vida saludable en pacientes con síndrome coronario agudo</p>	<p>Ideas, información, definiciones y técnicas) que la persona ha ido adquiriendo a través de una praxis o por medio intelectual la cual se evidencia en la resolución de problemas, en síntomas atribuidos a la prevención de enfermedades coronarias.</p>	<p>Conocimiento sobre estilos de vida saludable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad física • Alimentación y control de peso • Consumo de sustancias nocivas 	<p>Es el acondicionamiento aeróbico y el entrenamiento de fuerza, para prevenir la muerte y la discapacidad generada por las enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Alimentos que proporcionan los nutrientes necesarios para mantener la salud del organismo, y pueden convertirse en un factor de riesgo en el sobrepeso.</p> <p>Habito de consumo de sustancias que al consumirlas causan daño al organismo, y pueden contribuir a la agudización del síndrome coronario.</p>	<p>Según Escala de Estaninos: 20 puntos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento Bueno: 16 a 20 puntos. • Conocimiento Regular: 11 a 15 puntos. • Conocimiento Malo: 0 a 10 puntos.

		<ul style="list-style-type: none"> - Tabaquismo - Consumo de bebidas - Alcohólicas <ul style="list-style-type: none"> • Control médico y control de la presión arterial 	<p>Asistencia a una revisión medica que prevenga complicaciones y mantenga el tratamiento actualizado, evitando se presente un nuevo evento, incluyendo el control de la presión arterial que determina su regulación ante los cambios que puedan eventualmente presentarse por el síndrome coronario.</p>	<p>Según Escala de Estaninos: 20 puntos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento Bueno: 16 a 20 puntos. • Conocimiento Regular: 11 a 15 puntos. • Conocimiento Malo: 0 a 10 puntos.
--	--	---	--	--

CAPITULO VI

6.1. CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS

PRINCIPIO DE AUTONOMIA

Toma de decisión voluntaria del paciente para participar del estudio. El individuo será capaz de ejercer su autonomía, y de decidir participar en la investigación o no respetando la privacidad, a través del anonimato y la confidencialidad de los resultados individuales.

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA:

El presente proyecto pretende determinar el conocimiento sobre estilos de vida saludables en pacientes con primer evento de síndrome coronario agudo, cuyos resultados es aumentar el nivel de conocimientos a través de sesiones educativas con la participación de los involucrados con el fin de promover conductas adecuadas en la práctica de estilos de vida saludables.

PRINCIPIO DE JUSTICIA:

Garantizar un trato justo, la reserva de su identidad y la utilización de la información brindada para fines exclusivamente del estudio.

PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA

Los datos obtenidos en la investigación solo serán utilizados para los fines preestablecidos, sin causar daños y/o represión a la población objeto, procurando no dañar la susceptibilidad del mismo, así mismo los datos serán utilizados de manera reservada y luego serán desechados.

6.2. CRONOGRAMA DE GANT

	2016			
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
ACTIVIDADES				
Delimitación del problema de investigación				
Elaboración de marco teórico y conceptual				
Delimitación de los objetivos y la justificación				
Elaboración del instrumento				
Validación del instrumento				
Reajustes del instrumento				
Impresión del instrumento				
Coordinaciones administrativas				
Aplicación de instrumento de recolección de D.				
Procesamiento de datos				
Análisis de datos				
Discusión e interpretación				
Versión preliminar				
Revisión por el asesor				
Redacción del informe final				
Entrega del informe final				

6.3 CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS

PRESUPUESTO

MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Útiles de escritorio	02	0.50	2.00
Lápices	04	0.50	2.00
Borrador	02	0.50	1.00
Lapiceros	04	0.50	2.00
Tajadores	01	1.00	1.00
Hojas bond	600	0.10	60.00
Folder manila	20	0.50	10.00
Faster	12	0.30	3.6
Plumón	8	2.5	20
SUB TOTAL			101.60
RECURSOS LOGISTICOS	20	5.00	100.00
Movilidad	80	1.00	80.00
Internet			

Impresiones	200horas	1.00	200
	900	0.10	90.00
Comunicación	70	1.00	70.00
Telefónica	600	0.10	60.00
Copias	20	5.00	100.00
Refrigerio	-----	270
Proyector	1	1200	1200
Bebidas	16	16	96
Bocaditos	200	2.5	350
USB	1	45	45
Estadista	1	1200	1200
SUB TOTAL			2891.00
TOTAL			2992.6

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1.- Bohorquez, M. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en práctica clínica (9na edición), Madrid 2012 del 37-99 disponible en:

<http://www.fac.org.ar/fec/foros/nursing/material/ariza01.PDF>

2.- Pérez, F. Estudios de enfermedad coronaria aguda y prácticas de estilo de vida saludable, Colombia (4ta edición), 2010 pág. 17-19. Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)_05/p5.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_05/p5.html)

3.- MINSA. Ministerio de salud. Monitoreo de enfermedades coronarias. Lima- Perú. Resolución 719 – 2015. Disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>

4.- OMS: Organización Mundial de la Salud. Evaluación de la calidad de vida de pacientes con enfermedad cardiovascular. 2014 [citado 10 mar 2016] disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

5.- Reyes, M. Registro nacional infarto agudo de miocardio (REMINA). 9na edición. 2011. Pág. 21-25. Disponible:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v34_n2/pdf/a02v34n2.pdf

6.- Cabadés A. El infarto agudo de miocardio y cambios de estilo de vida no saludable. 12 meses del registro (Diciembre de 1993-Noviembre de 1994). Disponible en :

https://www.icsebre.cat/webg/uploads/info_util_per_als_ciutadans/Sindrome_coronario_agudo_bajo_control.pdf

7. - Green. L. Social cardiológico Española en carga de insuficiencia cardiaca en Latinoamérica (5ta edición). España. Mayo- 2012. Disponible en:

<http://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines>

8.- OMS: Organización Mundial de la Salud. Tablas de enfermedad cardiovascular y estudios de Framingham. 2011 [citado 15 julio de 2012] disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002010000400008

9.- Ministerio de la Sanidad. Estrategia de proposición de la salud en pacientes coronarios (5ta edición), España -2010. Disponible en:

<http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/>

10.- Monsalve D. y Sarmiento J. “impacto de seguimiento sobre la modificación de factores de riesgo en pacientes con enfermedad coronaria” FAC. Colombia - 2011. Disponible en:

<http://www.fac.org.ar/2/cientifica/tesis.php>

11.- Terra T. “Conocimientos sobre factores de riesgo para las enfermedades crónicas” OMS. Brasil – 2011, disponible en:

http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/

12.- Hellvular, D, “Estilos de vida en pacientes con antecedente de infarto de miocardio que asistieron a consulta de cardiología” FAC . Argentina – 2010, disponible en:

http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

13.- Cueva, L. “Cambios en estilo de vida adoptado por personas que asisten a los programas de prevención de los factores de riesgo cardiovascular”. Bogotá-Colombia, 2011. Disponible en:

https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/1%20Enero/11-Dr.Rondanell.pdf

14.- Mendoza, M. “Estilo de vida de los estudiantes de enfermería de la universidad Mayor de San Marco” Lima, Perú -2010.

15.- Pérez, J. Conocimientos e investigaciones a priori. (6 edición), Washington. E.E.U.U 2010. Disponible en:

<http://definicion.de/conocimiento/>

16.- Ayerbe GM,. El consejo cardiosaludable en hemodinámica y post control en rehabilitación cardiaca. (7 ma edición) Madrid, España - 2011. Disponible en:

http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/hemo/proced_16.pdf

17.- Esquivel KE. Sesión de aprendizaje educativo: Estilos de vida saludable. (4ta edición). Colombia – 2012.; citado 19 mar 2016. Disponible en:

<http://enfermeriaupao2012.blogspot.pe/2012/06/estilos-de-vida-saludable.html>

18.- Granda J y Leiva B. “Diferencia entre hábitos nocivos y estilos de vida saludable en población vulnerable” (3ra edición) , Colombia, 2012. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos89/proyecto-intervencion-comunidad-samanes-ii/proyecto-intervencion-comunidad-samanes-ii.shtml>Tena

19.- OMS. ”Hábitos de estilo saludable en enfermedades crónicas”. (2da edición), publicado en 23 de setiembre del 2012. Disponible en:

http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-vida/prepro_080021.html

20.- Andrés E, Montserrat L y Cordero M. “Factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida asociados a la aparición prematura de infarto agudo de miocardio” *Revista Española de Cardiología*, Volumen 64, Pg. 527-529. Disponible en:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893210000849?via=sd>

21.- Carcausto J y Zegarra J. Morbilidad y mortalidad en pacientes con infarto agudo de miocardio del Hospital General. (VOLUMEN 21) Lima, Perú – 2010 disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/1116/1120>

22.- Álvarez L y Delgado R. “Estrategias de control de factores de riesgo cardíaco en pacientes coronarios”. (5ta edición) . Abril- 2011. Sevilla, España. Disponible en:

<http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/tl022e/tl022e.pdf>

23.- Castellano y Marulla Y. “ Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades”. (3ra edición). Rev. Esp Cardiol. 2014; 67:724-30 - Vol. 67 Núm.09. Disponible en:

<http://www.revespcardiol.org/es/promocion-salud-cardiovascular-global-estrategias/articulo/90341406/>

24.- Aztraseneca.” Síndrome coronario agudo bajo control”. (9na edición), Madrid, España, 2010. Pg. 18- 21. Disponible en:

https://www.icsebre.cat/webg/uploads/info_util_per_als_ciudadans/Sindrome_coronario_agudo_bajo_control.pdf

25.- López F y Cortez M. Obesidad y el corazón. Revista Española de cardiología. (5ta edición) 2013, publicado en el 12 de mayo del 2014. Disponible en:

<http://www.revespcardiol.org/es/obesidad-corazon/articulo/13191034/>

26.- Pardell H, Saltó E, Salleras L. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. (3ra edición), Madrid: Editorial Médica Panamericana.; 2011 .p.45. Disponible en:

[file:///C:/Users/servidor/Downloads/Guia%20para%20el%20manejo%20del%20riesgo%20cardiovascular%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/servidor/Downloads/Guia%20para%20el%20manejo%20del%20riesgo%20cardiovascular%20(2).pdf)

27.- Tena C. Comisionado nacional contra las adicciones (IDA), (10ma edición) , E.E.U.U. -2014. Disponible en:

<http://www.diamundialdelcorazon.com/2012/09/efectos-del-consumo-de-drogas-en-el-corazon/>

28.- Gacaman A. Decisiones de cardiología y división de enfermedades cardiovasculares. Universidad Pontificia de Chile. (2da edición) ; marzo,2012. Disponible en:

<http://medicina.uc.cl/docencia/causas-mas-frecuentes-de-consulta-en-cardiologia>

ANEXO 01



Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Instituciones : Universidad Cayetano Heredia - UPOCH
Investigadora: **LIC. ENF. PARICAHUA FLORES KATIA J.**
Título: **CONOCIMIENTO SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO HOSPITALIZADOS EN LA UCICOR DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA – 2016.**

Propósito del Estudio:

Se le invita a participar en un estudio llamado: Conocimiento sobre estilos de vida saludables en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en la UCICOR del hospital nacional arzobispo Loayza, lima – 2016. Este estudio es para determinar los conocimientos sobre estilos de vida saludable en pacientes con primer evento de IMA en el servicio de unidad de cuidados coronarios del hospital Arzobispo Loayza.

Los estilos de vida son un conjunto de comportamientos específicos que asume el individuo en una sociedad y que influyen en su salud actuando como factores de protección o de riesgo.

Las enfermedades cardiovasculares se han incrementado en los últimos años; en las diferentes etapas de vida. Los pacientes con síndrome coronario agudo y sus complicaciones como la insuficiencia cardiaca, son un motivo frecuente de consulta y reingreso a la unidad de cuidados coronarios del hospital Arzobispo Loayza.

Es por lo mostrado que creemos necesario ahondar más en este tema y abordarlo con la debida importancia que amerita.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se llevarán a cabo los siguientes puntos:

Se le entregara un cuestionario de 30 preguntas. El tipo de pregunta es cerrada y el tiempo para desarrollar el cuestionario será aprox. 20 minutos esto nos permitirá medir el nivel de conocimiento de cada paciente entrevistado.

Riesgos:

No se causará daño, riesgo, ni perjudicará al paciente ni a la institución.

Beneficios:

Luego de finalizado el recojo de la información del estudio, su identificación en la población concederá medidas preventivas y promocionales a pacientes que han sufrido un primer evento, y lo que se investigue sensibilizará y creará en su entorno una red de cambios que beneficien la práctica de estilos de vida saludables. Con posterioridad se les brindara los resultados a la institución..Su participación en este estudio no tendrá ningún costo para usted.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio .Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole. , únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del conocimiento sobre estilos de vida saludables.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Para proporcionar una valoración más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y un conocimiento más preciso de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la asistencia sanitaria.


Autorizo a responder la encuesta

Sí

No

Además la información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de la enfermedad, se contara con el permiso del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio. Lic. Katia Paricahua Flores teléfono: 

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 2271.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

1. Participante	Fecha
-----------------	-------

Nombre:

DNI:

2. Testigo	Fecha
------------	-------

Nombre:

DNI:

3. Investigador	Fecha
-----------------	-------

Nombre:

DNI:

ANEXO 02

INSTRUMENTO

Señor (a) buen día/tardes, soy Katia J Paricahua Flores, soy enfermera y estudio la segunda especialización de enfermería en cuidados cardiovasculares, estoy haciendo el estudio para medir los conocimientos sobre estilos de vida saludables.

Éste trabajo guarda la confidencialidad sobre la información obtenida de los participantes; a la vez, el participante ayudará a la contribución de nuevos métodos de intervención para la prevención de eventos coronarios agudos a largo plazo.

Agradecemos su participación. Solicitamos responder a todas las preguntas.

II. DATOS GENERALES:

1. Edad: años

2. Sexo:

III. INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una serie de preguntas, marque LA o LAS respuestas que considere correctas con un (X)

1.- ¿Con que frecuencia como mínimo debe realizar la actividad física una persona que padece de enfermedades cardíacas?

- a) 5 veces por semana
- b) 1 vez a l mes
- c) 1 vez cada 15 días
- d) 3 veces por semana

2.- ¿Qué tipo de ejercicios realiza usualmente?

- a) Solo caminata
- b) Ejercicios aeróbicos

- c) Sale a trotar
- d) No realiza ejercicios de ningún tipo

3.- ¿Cuáles son los beneficios de realizar ejercicios físicos?

- a) Mejora el funcionamiento del corazón
- b) Aumenta el estrés y la ansiedad
- c) Adelanta al envejecimiento
- d) Deteriora las articulaciones y los músculos

4.- ¿Qué tipo de ejercicios está contraindicado en personas con problemas cardiacos?

- a) Ejercicios de riesgo o extremo (alpinismo, buceo, etc.)
- b) Ejercicios aeróbicos
- c) Manejar bicicleta
- d) Nadar

5.- ¿Qué tiempo como mínimo es recomendable dedicar diariamente para realizar ejercicios en un paciente con problemas cardiacos?

- a) 5 minutos
- b) 30 minutos
- c) 1 hora
- d) 3 horas

6.- ¿Cuál de los siguientes alimentos aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiacas?

- a) Cereales
- b) Huevos
- c) Lácteos
- d) Grasas de origen animal

7.- ¿Con que frecuencia debe consumir frutas una persona con problemas cardiacos?

- a) 4 a 5 porciones diarios
- b) 2 veces por semana

- c) 2 veces por mes
- d) 1 vez al mes

8.- ¿Qué cantidad de agua al día debe consumir una persona con problemas cardiacos?

- a) Más de 2 litros fueras de las comidas
- b) 2 litros fuera de las comidas
- c) 1 litro fuera de las comidas
- d) Menos de un litro fuera de las comidas

9.- ¿Qué tipo de preparación de los alimentos es más saludable?

- a) Hervidos, a la plancha o al vapor
- b) Fritos o condimentados
- c) A la parrilla o a la brasa
- d) Todos son saludables

10.- ¿Porque es importante controlar mi peso?

- a) Disminuye daños al corazón
- b) Para mantenerse más activo
- c) Se controla si se está llevando un estilo de vida saludable
- d) El peso no es importante

11.- Es un efecto que produce el consumo del tabaco (cigarrillos)

- a) Incrementa la presión arterial
- b) Produce daño a las arterias
- c) Mejora el estado de animo
- d) Ayuda a elevar la temperatura corporal

12.- ¿Que hábitos son saludables para prevenir complicaciones cardiacas?

- a) Falta de actividad
- b) Consumir bebidas alcohólicas con frecuencia
- c) Fumar cigarrillos

d) Ninguno de los mencionados es saludable

13.- ¿Qué medida principal está indicada en la prevención de complicaciones en una persona con enfermedad cardíaca?

- a) Suprimir el consumo de cigarrillos
- b) Evitar el consumo de bebidas alcohólicas
- c) Mantener un peso adecuado
- d) Todas son medidas preventivas

14.- ¿Que órganos daña el consumo excesivo de alcohol?

- a) Corazón, estómago, cerebro, hígado, riñón y pulmones.
- b) Solo corazón y cerebro
- c) Solo al hígado
- d) Solo corazón

15.- ¿Cuáles son los cambios que debemos seguir para evitar sufrir un segundo evento coronario?

- a) Dejar de consumir
- b) Dejar de consumir cigarrillos
- c) Dejar de consumir solo uno de ellos
- d) Dejar de consumir ambos

16.- ¿Con que frecuencia como mínimo debe ir a un consultorio de cardiología un paciente con problema coronario?

- a) 1 vez al mes
- b) 1 vez cada tres meses
- c) 1 vez cada 6 meses
- d) 1 vez al año

17.- ¿Que síntomas se puede presentar cuando la presión arterial esta alterada?

- a) Dolor fuerte de cabeza, cambios en la visión, mareos , nauseas.

- b) Nauseas, dolor de cabeza.
- c) Todas la anteriores
- d) Ninguna es importante

18.- ¿Con que frecuencia como mínimo debe controlarse la presión un paciente con problemas cardiacos?

- a) 1 vez al mes
- b) 1 vez cada 3 meses
- c) 1 vez cada 6 meses
- d) 1 vez al año

19.- ¿Cuál de las dos medidas , presión sistólica (máxima) o diastólica (mínima) es más importante en el control y prevención de la hipertensión?

- a) Sistólica máxima
- b) Diastólica máxima
- c) Ambas
- d) No es importante

20.- ¿Con que frecuencia como mínimo debe controlarse los niveles de colesterol en sangre, un paciente con problema cardiaco?

- a) 1 vez al mes
- b) 1 vez cada 3 meses
- c) 1 vez cada 6 meses
- d) 1 vez al año