



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA EN CUIDADO CARDIOVASCULAR**

**ESTILO DE VIDA EN PACIENTES QUE PRESENTAN PRIMER EVENTO DE
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

AUTORES:

LIC. ENF. GAMERO OSORIO LUCÍA

LIC. ENF. GUTIERREZ SOMOZA ROMMY

LIC. ENF. PACHECO VASQUEZ DALIRA

LIC. ENF. USNAYO CORNEJO TANIA

LIMA-PERÚ, 2016

Mg. Patricia Obando Castro

Asesora

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características del estilo de vida de los pacientes que presentaron primer evento de IMA en el servicio de emergencia de un hospital nivel III de EsSalud. **Material y Método:** El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población de estudio estará conformada por 36 pacientes que ingresan al servicio de emergencia con Diagnostico de IMA durante el periodo de enero, febrero y marzo del 2017 y que además cumplen con los criterios de selección. **Técnica e instrumento de recolección de datos:** Se empleara la técnica de la encuesta cuyo instrumento será un cuestionario estructurado ya validado con previa autorización del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia , se solicitara la firma del consentimiento informado de los pacientes que deseen participar en el estudio. **Resultados:** Serán posteriormente ingresados al programa office Excel 2010, en la que se efectuara la tabulación de los mismos y analizados mediante porcentajes.

INDICE

Introducción	1
 CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Formulación del Problema	3
1.2. Justificación	3
1.3. Factibilidad y viabilidad	4
 CAPITULO II PROPOSITO Y OBJETIVO	
2.1. Propósito	5
2.2. Objetivo General	5
2.3. Objetivo Especifico	5
 CAPITULO III MARCO TEORICO	
3.1. Antecedentes	6
3.2. Base Teórica	8
 CAPITULO IV	
4.1. Diseño de Estudio	18
4.2. Área de Estudio	18
4.3. Población y Muestra	18
4.4. Técnica e Instrumento	19
4.5. Procesamiento y análisis de la información	20
 CAPITULO V	
5.1. Consideraciones Éticas y Administrativas	21
5.2. Cronograma de Actividades	22
5.3. Presupuesto	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	28

INTRODUCCION

En la actualidad las enfermedades cardiovasculares (ECV) son las principales causas de muerte a nivel mundial; en el Perú cada año va aumentando el número de personas que presentan enfermedades sistémicas del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas. Cabe resaltar que se está evidenciando en un grupo etario cada vez más joven (1).

Debido al efecto retardado de los factores de riesgo de las ECV, las tasas de morbimortalidad actualmente son consecuencia del estilo de vida no saludable en cuanto al consumo de una dieta rica en grasas, actividad física insuficiente, el estrés y exceso de sustancias nocivas.

La población aún no es consciente que, siguiendo esos patrones lentamente se predisponen a sufrir distintas ECV como es en su mayoría el infarto de miocardio agudo (IMA).

En el presente proyecto se busca conocer cuán importante es para los pacientes que presentan primer evento de IMA, la modificación del estilo de vida que incluye una alimentación saludable, actividad física y el abandono de sustancias nocivas, permitiendo desarrollar las medidas necesarias para prevenir la ocurrencia de un nuevo evento cardíaco y mejorar la calidad de vida.

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 (2).

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 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 40 y 30 años con problemas de tipo coronario, cambiando así la tendencia.

En la actualidad el desarrollo y progreso de las enfermedades crónicas está estrechamente relacionada con un desbalance del estilo de vida, la combinación de una dieta poco saludable, inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, tienen un 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 (3).

El estilo de vida es la forma de comportamiento durante la existencia del ser humano, de acuerdo a la OMS, es una forma de vida que se basa en patrones identificables, determinados por la interacción de las características individuales, sociales, condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (4).

Las ECV se relacionan con el estilo de vida que se practica, así como con los factores biológicos y bioquímicos modificables, teniendo repercusión en la salud física y psíquica. Es por ello que una persona que practica un estilo de vida saludable tiene menor riesgo de sufrir alguna ECV.

Actualmente en el servicio de emergencia se observó que los pacientes que presentan por primera vez un evento de IMA se encuentran entre las edades ente 38 y60 años.

Al revisar las historias clínicas de los pacientes que ingresaron, se observó que muchos de ellos fumaban hasta dos cajetillas al día. Al ser entrevistados, refirieron que trabajaban más de una jornada normal, consumían alimentos altos en grasa, no realizaban ejercicios, y dormían pocas horas. Esto motivó el interés por conocer acerca del estilo de vida de los pacientes.

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el estilo de vida en pacientes que presentan primer evento de IMA, en el servicio de emergencia de un hospital nivel III de EsSalud?

1.2 JUSTIFICACION

Los datos más recientes ubican a las ECV como la primera causa de muerte evitable, la mayoría de estas enfermedades, como el IMA se encuentran entre una de las de mayor prevalencia e impacto en la salud pública por las complicaciones que esta genera.

El estilo de vida no saludable puede desencadenar un IMA, su identificación en la población concede medidas preventivas y promocionales a pacientes que han sufrido un primer evento, lo que se investigue sensibilizará y creará en su entorno una red de cambios beneficiosos en su estilo de vida.

1.3 FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD

El proyecto de investigación es factible, ya que se cuenta con el apoyo del Comité de Ética e investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia así mismo se tiene el apoyo de Essalud para su desarrollo mediante un convenio institucional.

Además de ello se cuenta con la población, que son los pacientes que han sufrido primer evento de IMA y quienes acuden al servicio de emergencia del INCOR. Por último es factible porque las investigadoras manejan el proceso de investigación y cuentan con la disponibilidad de tiempo y recursos para manejar el presupuesto.

CAPITULO II

PROPOSITO Y OBJETIVOS

2.1. PROPÓSITO:

Proponer al equipo de salud en especial a las enfermeras el desarrollo de un programa educativo dirigido a modificar el estilo de vida de los pacientes que presentaron un primer evento de IMA, con el fin de disminuir y evitar eventos futuros.

2.2. OBJETIVO GENERAL:

Determinar las características del estilo de vida de los pacientes que presentaron primer evento de IMA en el servicio de emergencia de un hospital nivel III de EsSalud.

2.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 2.3.1 Identificar el estilo de vida de los pacientes según características sociodemográficas.
- 2.3.2 Identificar las características del estilo de vida relacionado a la alimentación, actividad física, consumo de sustancias nocivas, descanso y sueño, y consultas médicas.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES:

CERECERO, P. su estudio “Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México” (2009), concluye que la actividad física moderada – vigorosa es un factor preponderante en el estilo de vida, que se asocia a un menor riesgo cardiovascular (5).

ANDRES, A.; MONTSERRAT, L. (2011) en su estudio “Factores de Riesgo Cardiovascular y Estilo de Vida asociados a la aparición prematura de Infarto Agudo de Miocardio”, los principales resultados son las diferencias halladas en los factores de riesgo cardiovascular en el IAM prematuro en comparación con el resto de las edades; estas diferencias se acentúan cuando se analiza a varones y mujeres de manera independiente. Además, el papel del estilo de vida de la población joven, en términos de consumo de sustancias tóxicas y que influyen en la aparición de un infarto prematuro, parece ser determinante (6).

DEL VILLAR, M. (2011) 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, se puede inferir en que los 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 (7).

En el Perú, MENDOZA, M. (2007) el estudio de “Estilos de vida de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”, determina que 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 están relacionadas a una inadecuada alimentación, descanso insuficiente y no practicar ejercicios (8).

3.2. BASE TEORICA

Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En el 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. (9)

En los años setenta se pensaba que los riesgos aumentaban pasado los 60 años y que, por consiguiente, no se obtendría beneficio alguno cambiando de estilo. Luego vino una fase de intervención más activa, en la que se alentó a las personas a introducir en su dieta cambios que eran probablemente demasiado estrictos para su beneficio. Actualmente se viene exhortando a las personas mayores a seguir un estilo de vida saludable, manteniendo su peso y en particular a seguir haciendo ejercicio. (10)

Con respecto a los estilos de vida, Liliana Grinfeld, ex presidente de la Federación Cardiológica Argentina hasta el 2015, comentó que "un estilo de vida poco saludable, vinculado a una mala nutrición con exceso de grasas saturadas, grasas trans y azúcares refinados y de poca fibra, agregado al sedentarismo, son unos de los principales causantes de las enfermedades cardiovasculares".

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80% de las muertes prematuras por enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular se prevendrían siguiendo una dieta sana, haciendo actividad física regular y dejando el cigarrillo. (11)

Duncan Pedersen, define el estilo de vida como “Manifestaciones de dimensiones colectiva y social, determinados y modelados a su vez por el contexto social, económico y cultural”.

Sin embargo, en cada una de las personas el actual estilo de vida, incluye una inadecuada alimentación, tabaquismo, inactividad física y estrés, que contribuyen al desarrollo de aterosclerosis y el consiguiente aumento de las enfermedades cardiovasculares. (12)

Se clasifica a los estilos de vida de dos formas: el primero como estilo de vida saludable, el cual es la base de la calidad de vida, concepto que la OMS define como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes”. (11)

A pesar que habitualmente se utiliza el término estilo de vida saludable, se considera más apropiado el uso del término estilo de vida relacionado con la salud, ya que recoge mejor tanto los comportamientos que realizan la salud como los comportamientos que la ponen en riesgo. (12, 27).

Por lo tanto, el término estilo de vida saludable tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen, tal y como defiende Dellert S. Elliot (1993), uno de los estudiosos en la materia con más relevancia internacional. Según este autor, el estilo de vida saludable se entiende cada vez más como un patrón de comportamientos relacionado con la salud que se llevan a cabo de un modo relativamente estable. (13, 27)

Entre las características de los estilos de vida tenemos en primer lugar que posee una naturaleza conductual y observable. En este sentido, las actitudes, los valores y las motivaciones no forman parte del mismo, aunque sí pueden ser sus determinantes, otra de sus características son que las conductas que lo conforman deben mantenerse durante un tiempo. Conceptualmente, el estilo de vida denota hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual. Así, por ejemplo, el haber probado alguna vez el tabaco no es representativo de un estilo de vida de riesgo para la salud, el estilo de vida también denota combinaciones de conductas que ocurren consistentemente. De hecho, se considera al estilo de vida como un modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales de cada persona o grupo.

Otra característica a mencionar es que el estilo de vida no implica una etiología común para todas las conductas que forman parte del mismo, pero sí se espera que las distintas conductas tengan algunas causas en común.

Los estilos de vida abarcan cinco dimensiones, entre las cuales se encuentra la alimentación, en un sentido amplio, se define como el crecimiento y el desarrollo de las personas y debe contener una cantidad suficiente de los diferentes macro y micro nutrientes para cubrir la mayoría de las necesidades fisiológicas. Estas costumbres se encuentran influenciadas por distintos factores como el sexo, la edad, el estado fisiológico (embarazo, lactancia, crecimiento), la composición corporal, la actividad física y las características específicas de cada individuo. (12)

Otra de las dimensiones es la actividad física que en forma sistemática y regular debe tomarse como un elemento significativo en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, mejoraría de la posición corporal por el fortalecimiento de los músculos lumbares, prevención de enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial, lumbalgias, etc.

En general, los beneficios de la actividad física se pueden ver a nivel orgánico: Aumento de la elasticidad y movilidad articular. Mayor coordinación, habilidad y capacidad de reacción. Ganancia muscular la cual se traduce en el aumento del metabolismo, que a su vez produce una disminución de la grasa corporal (prevención de la obesidad y sus consecuencias). Aumento de la resistencia a la fatiga corporal (cansancio).

Los beneficios de la actividad a nivel cardíaco produce un aumento de la resistencia orgánica, mejoría de la circulación, regulación del pulso y disminución de la presión arterial, a nivel pulmonar hay mejoría de la capacidad pulmonar y consiguiente oxigenación. Aumenta su capacidad, el funcionamiento de alvéolos pulmonares y el intercambio de la presión arterial, mejora la eficiencia del funcionamiento del corazón y disminuye el riesgo de arritmias cardíacas (ritmo irregular del corazón). A nivel metabólico disminuye la producción de ácido láctico, la concentración de triglicéridos, colesterol bueno y malo, ayuda a disminuir y mantener un peso corporal saludable, normaliza la tolerancia a la glucosa (azúcar), aumenta la capacidad de utilización de grasas como fuente de energía, el consumo

de calorías, la concentración de colesterol bueno y mejora el funcionamiento de la insulina, a nivel osteomuscular: Incrementa la fuerza, el número de terminaciones sanguíneas en el músculo esquelético, mejora la estructura, función y estabilidad de ligamentos, tendones, articulaciones y mejora la postura. Desarrollo de la fuerza muscular que a su vez condiciona un aumento de la fuerza ósea con lo cual se previene la osteoporosis.

Entre los beneficios Cardiovasculares tenemos el Incremento del consumo máximo de oxígeno, reducción de la presión arterial, disminución de la frecuencia cardiaca en reposo y en esfuerzo su máximo, menores demandas miocárdicas de oxígeno, Mayor eficiencia del funcionamiento del musculo cardiaco (12,23)

El descanso y sueños es otra forma de estilos de vida saludable el cual es considerado como un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas. (13)

El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada, El significado y la necesidad de descanso varían según los individuos. Cada persona tiene hábitos personales para descansar tales como leer, realizar ejercicios de relajación o dar un paseo. Para valorar la necesidad de descanso y evaluar cómo se satisface ésta con eficacia, las enfermeras necesitan conocer las condiciones que fomentan el mismo.

El sueño es un estado de alteración de la conciencia, que se repite periódicamente durante un tiempo determinado cuya función es restaurar la energía y bienestar de la persona, siendo este un fenómeno sumamente complejo, el cerebro humano es la obra maestra de la creación, a pesar de ser uno de nuestros órganos biológicos más poderosos, el cerebro es uno de los más vulnerables para funcionar, debe tener niveles mínimos de oxígeno y glucosa, si no está disponible, el cerebro muere si se priva de oxígeno solo por 8 minutos y sufre de daños irreversibles. (14,27)

Al inicio se conceptualizó los estilos de vida saludables, ahora abordaremos acerca de los estilos de vida no saludables, los cuales son los comportamientos hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida, además conlleva a la persona al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social, llevándolo a pérdidas físicas y en sí, de su integridad personal. Entre los estilos de vida no saludables se consideran:

Dentro de los estilos no saludables mencionamos el sedentarismo definido por algunos autores como "sedentarios" a quienes gastan en actividades de tiempo libre menos del 10% de la energía total empleada en la actividad física diaria. (15), la OMS cataloga el sedentarismo como uno de los cuatro factores de mayor riesgo de muerte y estima que en el mundo 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a esto.

El sedentarismo produce un aparato cardiovascular cada vez más ineficaz. Además, ocasiona la pérdida de masa ósea y muscular y el aumento de masa grasa, lo que disminuye las posibilidades de trabajo físico, y reduce la generación de endorfinas, con lo que aparece el dolor. (10,28)

El Consumo de sustancias nocivas es otro de los estilos de vida no saludables, dentro de este el más frecuente es el consumo de alcohol etílico (etanol) siendo este tóxico para la mayoría de tejidos del organismo. Su consumo crónico y excesivo se ha asociado al desarrollo del síndrome de dependencia al alcohol, pero también a numerosas enfermedades inflamatorias y degenerativas que pueden acabar con la vida de los sujetos que los sufren.

A nivel cardiovascular el consumo agudo da lugar a una reducción aguda de la función contráctil del corazón y a la aparición de arritmias cardíacas. Las alteraciones agudas de la función contráctil del corazón se deben a un efecto inotrópico negativo del etanol sobre el músculo cardíaco, pero este efecto suele quedar enmascarado por un efecto indirecto crono trópico e inotrópico positivo secundario a la liberación de catecolaminas.

El Tabaco es otra sustancia nociva habitualmente consumida ya que produce un efecto pernicioso del tabaco se debe a su combustión y la producción de humo de tabaco. El representante más típico de los productos del tabaco es el cigarrillo. Este es un dispositivo muy perfeccionado de combustión, en el que se quema la hoja del tabaco y distintas sustancias aditivas como azúcares, humectantes y sustancias aromática. Cada vez que el fumador hace una aspiración del cigarrillo, la temperatura de combustión llega a unos 900°C, y se genera la denominada corriente principal de humo, que contiene numerosas sustancias vaporizadas junto con partículas mayores y radicales libres.(16)

En la actualidad las enfermedades cardiovasculares están estrechamente relacionados con factores del estilo de vida no saludables, la combinación de una dieta poco saludable, inactividad física y factores como el consumo de tabaco y la ingestión excesiva de alcohol tiene un efecto acumulativo, o incluso sinérgico, que propicia una mayor incidencia de enfermedades crónicas. Estudios poblacionales revelan que hasta 80% de los casos de cardiopatía coronaria y 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 pueden evitarse si se adoptan estilos de vida saludables.

El término de enfermedades cardiovasculares es un concepto genérico que se emplea para hacer referencia a un conjunto de patologías y enfermedades diversas en sus causas o etiología y en sus manifestaciones clínicas evidenciadas en los signos y síntomas. Es así que en las sociedades occidentales y en algunas sociedades de economías emergentes predominan las enfermedades cardiovasculares cuya patología subyacente es la arterioesclerosis y la trombosis arterial consecuente. Dentro de estas enfermedades se encuentran, entre otras, la cardiopatía isquémica, la mayoría de las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad hipertensiva, parte de la insuficiencia cardíaca, algunos aneurismas y las trombosis arteriales.

La aterosclerosis es una patología como consecuencia de los estilos de vida poco saludables que empieza en la juventud, mucho antes de que se

manifieste clínicamente en forma de episodios cardiovasculares agudos. Se inicia mediante el depósito de pequeñas cantidades de grasa entre las finas capas de la arterias (estría grasa) y progresa lenta pero inexorablemente con la edad si se está expuesto/a a determinados estilos de vida y factores de riesgo, desencadena mecanismos y procesos celulares y bioquímicos altamente complejos que dan lugar al crecimiento de la estría grasa mediante la atracción de determinados tipos de células formando el ateroma. La consecuencia será la muerte celular o necrosis de los tejidos irrigados por la arteria ocluida.

El infarto agudo de miocardio es la necrosis de una parte del tejido o músculo cardíaco, producida por la oclusión de las arterias coronarias que son las arterias que irrigan al corazón. Si la trombosis se produce en una arteria que irrigue al cerebro como por ejemplo la arteria carótida, tendrá lugar un infarto cerebral. Si es en las arterias que irrigan las extremidades inferiores o arterias iliacas o en las que dependen de ellas, los músculos de las piernas claudicarán al caminar, etc.

Dentro de las consideraciones sobre los principales factores de riesgo cardiovasculares y la influencia de la actividad física sobre ellos, hemos tomado en cuenta el Tabaquismo, el cual está asociado a un aumento en el número de eventos cardiovasculares en pacientes con patologías como infartos miocárdicos recurrentes y muerte súbita. En personas sin enfermedad coronaria, puede provocar cáncer pulmonar, enfermedad pulmonar crónica y conducir a enfermedad coronaria. (16). Finalmente constituye el factor de riesgo más poderoso predisponente de la enfermedad vascular periférica aterosclerótica, es la causa y el factor de riesgo más importante para esta enfermedad. Fumar es una causa principal de la enfermedad cerebrovascular (embolia). Las evidencias adicionales no solo confirman el hecho de que los fumadores de cigarro tienen tasas de muerte más altas por enfermedades coronarias, sino que también sugieren como el hábito del cigarro puede causar estas muertes. Hay una convergencia creciente de muchos tipos de evidencias relativas al tabaquismo y a la enfermedad coronaria que sugiere insistentemente que el tabaquismo provoque la muerte por enfermedad coronaria.

La Hipertensión arterial es otro de los factores de riesgos modificables mayores y de alta prevalencia en nuestra población. Se considera hipertenso al paciente que presenta presiones arteriales mayores o iguales a 140/90 mmHg en al menos tres controles. La modificación de los hábitos de vida es fundamental en el tratamiento de esta enfermedad y como parte de ello, la actividad física resulta de gran importancia. Dos grandes estudios han demostrado que la actividad física es capaz de prevenir el desarrollo de la hipertensión arterial. Además el ejercicio regular, debidamente dosificado, produce una reducción de la presión arterial. Es así como la presión arterial permanece más baja durante 8-12 horas después de la sesión de ejercicios y en promedio se mantiene más baja los días en que se realiza ejercicio en comparación a los días de inactividad. (17) Se considera también uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Tal como se ha visto, en esta investigación predominaron los hipertensos y se comprobó que estos tienen riesgo de sufrir un IAM aproximadamente 3,8 veces mayor en relación con los que no padecen esta afección. El riesgo atribuible en expuestos porcentual expresa que si se controla la HTA, se evitarían 73,5 % de accidentes cardiovasculares en la población estudiada; por tanto, si este indicador se logra controlar tendría un mayor impacto en la prevención de la enfermedad. (18)

Las personas con diabetes tienen el doble de riesgo de enfermedades cardiovasculares comparadas con la población general y cuatro veces el riesgo de mortalidad por causa cardiovascular. Hoy en día, la diabetes es considerada un factor de riesgo mayor, con un riesgo equivalente al de la enfermedad coronaria para efectos de su tratamiento. Es considerada por algunos como factor de riesgo importante en la coronariopatía, tal vez debido a otros factores acompañantes, entre los cuales figuran: obesidad e hipertensión arterial, generalmente se encuentra asociada a la isquemia silente. (19). El efecto del ejercicio aeróbico sobre los niveles de lípidos es un área que se encuentra bajo activa investigación, es importante destacar que las intensidades de ejercicio aeróbico para producir efectos sobre los niveles de lípidos no necesitan ser tan altos, (aproximadamente entre 1000 y 1200 Kcal/semana), como los requeridos para mejorar la condición física.

La obesidad, definida como el incremento en la cantidad de grasa corporal producida por un balance positivo de energía, ocasionado por una ingesta excesiva asociada habitualmente a un bajo gasto energético. En un individuo obeso lo más destacable es su baja capacidad de trabajo físico. Es frecuente que se asocie con otras enfermedades o factores de riesgo cardiovasculares tales como hipertensión, diabetes y dislipidemia. (19) verdaderamente se ha convertido en una gran amenaza para la salud en todo el mundo. Su prevalencia ha aumentado en prácticamente todos los continentes y probablemente en todos los países desarrollados. Junto con el sobrepeso, es ahora el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en personas con enfermedad coronaria establecida. Los obesos tienen menos calidad de vida y una esperanza de vida más corta que los individuos promedio.

El infarto agudo de miocardio es la manifestación más grave de la cardiopatía isquémica. Se produce cuando, a consecuencia de una interrupción severa y prolongada del flujo coronario, una parte del miocardio se necrosa. (21). Este forma parte de lo que conocemos como Síndromes Coronarios Agudos (SCA), que son la manifestación clínica de la evolución acelerada de la cardiopatía isquémica. La aterosclerosis puede evolucionar de forma lenta y crónica, dando lugar a la obstrucción progresiva de una arteria coronaria; éste es el substrato de la angina estable. Pero también puede producirse una evolución acelerada cuando una placa de ateroma se rompe o se ulcera y genera un trombo intraluminal que puede ser más o menos obstructivo y más o menos estable. Dependiendo de ello, tendremos una angina inestable (trombo lábil) o un infarto de miocardio (trombo estable). El tiempo es un factor de importancia crucial en la producción de la necrosis. Si el miocardio queda sin riego durante un periodo de tiempo breve, no se producen consecuencias irreversibles; pero si la isquemia se prolonga, el aporte insuficiente de oxígeno no es capaz ni de mantener la viabilidad de la zona y el miocardio se necrosa. (21)

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Estilos de vida en pacientes que han sufrido primer evento de infarto.	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.	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación. - Actividad física - Consumo de sustancias nocivas. - Descanso y sueño. - Control medico 	Los estilos de vida son un conjunto de actividades que refieren realizar los pólizas con relación a su alimentación, actividad física, asistencia al control médico, consumo de sustancias nocivas, descanso y sueño. Que será medido mediante un cuestionario y cuyos resultados se calificarán en saludables y no saludables de acuerdo a la puntuación obtenida.	<p><u>Estilos de Vida:</u></p> <p>Estilos de Vida No Saludable: 0 – 5 puntos.</p> <p>Estilos de Vida Saludable: 6 – 13 puntos.</p>

CAPITULO IV

MATERIAL Y METODO

4.1. DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio es descriptivo y transversal, se realizara, durante los meses de Enero, Febrero, Marzo del 2017

4.2. AREA DE ESTUDIO:

Se realizara en el servicio de emergencia del Instituto Nacional del Corazón donde anualmente se atiende un total de 130 pacientes con diagnóstico de primer evento de IMA, con un estimado de 12 atenciones mensuales.

4.3. POBLACION Y MUESTRA

POBLACION: Estará conformada por 36 pacientes que ingresan al servicio de emergencia con Diagnostico de IMA durante el periodo ya mencionado, que cumplen los siguientes criterios de selección.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes diagnosticados con primer evento de infarto agudo de miocardio.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que se encuentren entre las edades de 38 y 60 años.
- Pacientes que deseen participar en forma voluntaria del estudio de investigación y firmen el consentimiento informado (ver ANEXO 1)

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes desorientados y confusos.

MUESTRA: La muestra estará conformada por la totalidad de la población, por ser esta insuficiente.

4.4 TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la variable estilo de vida, se empleará la técnica de la encuesta cuyo instrumento a usar será un cuestionario estructurado que cuenta con sección 1 con las variables sexo y edad y las sección 2 con preguntas específicas la cual consta con preguntas abiertas de alimentación, actividad física, consumo nocivo, descanso, sueño y controles médicos (ver ANEXO 2). El cuestionario fue validado por Cárdenas de la tesis titulada: *“Estilos de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012”*, la cual sustento para obtener el título de Licenciada en Enfermería. Este instrumento tiene una confiabilidad de 0.67 y una validez de criterio de 5 expertos que fueron evaluados por la prueba binomial obteniendo un cuestionario valido, cuyos datos fueron procesados de forma manual previa elaboración de un libro de códigos (ver ANEXO 3) asignando a la respuesta correcta el valor de 1 punto y 0 a la incorrecta.

Para la recolección de los datos se tendrá en cuenta dos momentos:

Primer Momento: El equipo de investigación solicitara a la jefatura de emergencia una fecha para reunión en la que se socializara el trabajo de investigación dando a conocer el propósito, diseño de estudio y cronograma de actividades planificadas.

Se realizara las coordinaciones con la jefa de enfermería de la unidad de emergencia coronaria sobre los horarios de ingreso del equipo investigador.

Segundo Momento: Se realizara la selección de la muestra que estará conformada por todos los pacientes con diagnóstico de primer evento de infarto agudo de miocardio que cumplan con los criterios de inclusión, posteriormente se explicara a los pacientes sobre el estudio, se absolverán dudas y se solicitaran la firma del consentimiento informado, de los pacientes que deseen participar. Luego de ello se proceder a aplicar la encuesta.

4.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

Concluida la recolección de datos, estos serán procesados en una base de datos diseñado para que los resultados sean analizados por porcentajes (ver ANEXO 4)

CAPITULO V

5.1. CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS

Dentro de las consideraciones éticas se solicitara la autorización de la jefatura de emergencia del Instituto Nacional del Corazón, para realizar el estudio. Así como el consentimiento informado previa información verbal que se dará a los pacientes que ingresan presentando primer evento de infarto agudo al servicio de emergencia del INCOR.

PRINCIPIO DE AUTONOMIA:

Las investigadoras respetaran la decisión del paciente de participar y ser parte del estudio, respetando su privacidad, a través del anonimato y la confidencialidad de los resultados individuales previo firma del consentimiento informado

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA:

Se procederá a realizar una intervención educativa a todos los participantes sobre estilos de vida.

PRINCIPIO DE JUSTICIA:

Se respetaran los derechos del paciente, garantizando un trato justo, la reserva de su identidad y la utilización de la información brindada para fines exclusivamente del estudio.

5.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2017			
	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Coordinaciones administrativas	X			
Aplicación de instrumento de recolección de datos		X	X	
Procesamiento de datos			X	
Análisis de datos			X	X
Discusión				X
Redacción del informe final				X

5.3. PRESUPUESTO

DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
RECURSOS MATERIALES			
Útiles de escritorio	04	0.50	2.00
Lápices	04	0.50	2.00
Borradores	04	0.50	2.00
Lapiceros	04	0.50	2.00
Tajadores	04	0.50	2.00
Hojas bond	400	0.10	40.00
Folder manila	20	1.00	10.00
SUB TOTAL			62.00
RECURSOS LOGISTICOS			
Movilidad Local	20	5.00	100.00
Búsqueda en internet	80	1.00	80.00
Impresiones	900	0.10	90.00
CD	2	1.50	3.00
Empastado	2	2.50	5.00
Fotocopias	400	0.10	40.00
SUBTOTAL			318.00
TOTAL			380.00

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

1. OMS: Organización Mundial de la Salud, 2014 [citado 10 mar 2016]. <http://www.who.int/es>.
2. OMS: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra. 2003 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 797). Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
3. Gerard Burdiat. Rehabilitación cardíaca después de un síndrome coronario agudo. Rev Urug Cardiol. 2014; 29: 153-163.
4. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). Rev Esp Cardiol. 2012; 65(10): 937.e1-e66.
5. Del Villar, María. Estilos de vida en pacientes con antecedente de infarto de miocardio que asistieron al consultorio cardiológico en el hospital municipal de la ciudad general de arenales. [Internet]. Mayo, 2011. [citado 10 mar 2016]. Disponible en:
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC106485.pdf>
6. Borges CR, Ortiz RM, et al. Estilo de Vida en pacientes infartados. Su relación con el Estado de Salud. [Internet]. 2013 [actualizado 3 oct 2013; citado 10 mar 2016]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos98/estilo-vida-pacientes-infartados-su-relacion-estado-salud/estilo-vida-pacientes-infartados-su-relacion-estado-salud.shtml>
7. Ayerbe GM, Monteiro TC, Fernández FC, Saralegui VA. El consejo cardiosaludable en hemodinámica. Man Enf Card Interv [Internet]. 2011. [citado 10 mar 2016]; 549-557. Disponible en:
http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/hemo/proced_16.pdf

8. Organización Mundial de la Salud
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
9. OMS, Serie de Informes Técnicos DIETA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. 2003
10. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, Fomento del consumo mundial de frutas y verduras. 2013. Disponible en:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/index1.html>
11. Coreil, J., Levin, J. S. & Jaco, G. Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clínica y Salud*.(1992); (3): 221-231
12. Esquivel KE. Sesión de aprendizaje educativo: Estilos de vida saludable. [Internet]. 2012. [actualizado 26 jun 2012; citado 19 mar 2016]. Disponible en:
<http://enfermeriapao2012.blogspot.pe/2012/06/estilos-de-vida-saludable.html>
13. Cardinali D P. *Manual de neurofisiología*. Madrid: Diaz de Santos ;1992.
14. Guyton A. *Tratado de fisiología médica*.8º ed.. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill;1992.
15. BERNSTEIN MS, MORABIA A, SLOUTSKIS D. Definition and prevalence of sedentarism in an urban population. *Am J Public Health*. 1999; 89: 862-867.
16. Organización Panamericana de la Salud. Tabaquismo: un desastre para la salud pública. Washington: OPS;1997(9):4-6
17. PDAY Research Group. 1990. Relationship of atherosclerosis in young men to serum lipoprotein cholesterol concentrations and smoking. A preliminary report from the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY) Research Group. *JAMA* 264(23):3018-3024.
18. Melano Carranza E, Lasses Ojeda LA, Ávila Funes JA. Factores asociados con la hipertensión no tratada en los adultos mayores: resultados del Estudio Nacional sobre salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;23(5):295-302.

19. Mitchell JH, Raven PB. Cardiovascular adaptation to physical activity. En: Bouchard C, Shepard R, Stephens T, editores. Physical Activity, Fitness and Health. International Proceedings and Consensus Statement. Champaign(IL): Human Kinetics, 1994;286-298.
20. López-Jiménez F, Jacobsen SJ, Reeder GS, Weston SA, Meverden RA, Roger V.L. Prevalence and secular trends of excess body weight and impact on outcomes after myocardial infarction in the community. Chest. 2004;125:1205-12.
21. Gagliardi J, Charask A, Higa C, Blanco P, Dini A, Tajer C y col. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina. Análisis comparativo en los últimos 18 años. Resultados de las Encuestas SAC. Rev Argent Cardiol 2007;75:171-8.
22. OMS: Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: Glosario. [Internet]. Ginebra. 1998. [citado 19 mar 2016]. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
23. OMS: Organización Mundial de la Salud. Programas y Proyectos: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Internet]. 2014. [citado 19 mar 2016]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/.
24. OMS: Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud: Tabaquismo. [Internet]. 2015. [citado 19 mar 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>.
25. FEC: Fundación Española del Corazón. Prevención, factores de riesgo, tabaquismo. [Internet]. 2013. [citado 19 mar 2016]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/fumar-tabaco-tabaquismo.html>
26. OMS: Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO. [Internet]. 2015. [citado 19 mar 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181425/1/WHO_NMH_PND_15.5_spa.pdf?ua=1&ua=1

27. OMS: Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N°349. [Internet]. 2015. [actualizado ene 2015; citado 19 mar 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
28. OMS: Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N°311. [Internet]. 2015. [actualizado ene 2015; citado 19 mar 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
29. FEC: Fundación Española del Corazón. Pacientes, enfermedades, infarto. [Internet]. 2013. [citado 19 mar 2016]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/infarto.html>
30. Cárdenas G V. Estilos de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012.UNMSM

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Instituciones : Universidad Cayetano Heredia - UPCH
Investigadores: **LIC. ENF. GAMERO OSORIO LUCÍA; LIC. ENF. GUTIERREZ SOMOZA ROMMY; LIC. ENF. PACHECO VASQUEZ DALIRA LIC. ENF. USNAYO CORNEJO TANIA**
Título: **ESTILO DE VIDA EN PACIENTES QUE PRESENTAN PRIMER EVENTO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL NIVEL III DE ESSALUD.**

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: **ESTILO DE VIDA EN PACIENTES QUE PRESENTAN PRIMER EVENTO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL NIVEL III DE ESSALUD.**

Estamos realizando este estudio para Determinar las características del estilo de vida de los pacientes que presentaron primer evento de IMA en el servicio de emergencia de un hospital nivel III de EsSalud.

El Estilo de Vida es 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.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le harán los sgtes exámenes:

Se le entregara un cuestionario de 12 preguntas.

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, que han sufrido un primer evento, y lo que se investigue sensibilizará y creará en su entorno una red de cambios beneficiosos en su estilo de vida. Con posterioridad su identificación en la población concederá medidas preventivas y promocionales a pacientes se les brindara los resultados a la institución.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio .Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres.

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.

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. <i>Participante</i>	<i>Fecha</i>
Nombre:	
DNI:	

_____	_____
2. <i>Testigo</i>	<i>Fecha</i>
Nombre:	
DNI:	

_____	_____
3. <i>Investigador</i>	<i>Fecha</i>
Nombre:	
DNI:	

ANEXOS 2

INSTRUMENTO

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)

2. Marque la frecuencia con que consume los siguientes alimentos:

ALIMENTOS QUE CONSUME	SI	NO	FRECUENCIA				
			DIARIO	INTERDIARIO	VECES POR SEMANA		OTRO (ESPECIFIQUE)
					1	2	
1.1 Carnes (pollo, pescado, res, cerdo, etc.)							
1.2 Verduras (apio, zanahoria, zapallo, etc.)							
1.3 Frutas (manzana, plátano, naranja, etc.)							
1.4 Cereales (trigo, arroz, quinua, fideos, pan, etc.)							
1.5 Tubérculos (papa, camote, yuca, etc.)							
1.6 Comidas rápidas (hamburguesas, salchipapas, empanadas, etc.)							
1.7 Menestras (frijol, pallar, lentejas, etc.)							
1.8 Bocaditos dulces (galletas, kekitos, etc.), Bocaditos salados (maní, fruta confitada, etc.)							
1.9 Bebidas envasadas (gaseosas, refrescos, néctares, etc.)							

2. Normalmente, ¿consume usted agua hervida pura o embotellada?

a) Sí

b) No 2.1

Si su respuesta es "Si", marque la cantidad de vasos que aproximadamente TOMA AL DÍA:

- a) 1 vaso
- b) 2 – 3 vasos
- c) 4 – 5 vasos
- d) 6 – 8 vasos
- e) Otros, especifique:

3. Marque el lugar donde frecuentemente consume los siguientes alimentos:

Alimento	Lugar de consumo			
	casa	cafetería	Pensión	OTRO (ESPECIFIQUE)
3.1 Desayuno				
3.2 Almuerzo				
3.3 Cena				

4. Mencione la o las horas en que generalmente consume los siguientes alimentos:

- a) Desayuno:
- b) Almuerzo:
- c) Cena:

5. Marque la frecuencia con la que realiza los siguientes ejercicios físicos:

Ejercicios	Frecuencia				
	Diario	Interdiario	Una vez por semana	Nunca	OTRO (ESPECIFIQUE)
5.1 Caminata, trote					
5.2 Fulbito					
5.3 Bicicleta.					
5.4 Otros					

6. En promedio, ¿cuánto tiempo dedica usted a realizar ejercicios físicos cada vez?

- a) 5 – 10 minutos
- b) 11 – 20 minutos

- c) 21 – 30 minutos
- d) 31 minutos – 1 hora
- e) Otros, especifique:

7. ¿Asiste a sus Controles Médicos?

- a) Sí
- b) No

7.1 Si su respuesta fue “No”, explique brevemente la razón:

.....

8. ¿Fuma usted cigarrillos? a) Sí b) No

8.1 Si su respuesta fue es “Si”, marque la frecuencia con la que fuma:

- a) Diario () b) Interdiario () c) 1 o 2 veces por semana ()
- d) Otros, especifique:

8.2 ¿Cuántos cigarrillos consume, cada vez?

- a) 1 a 2 cigarrillos () b) 3 a 4 cigarrillos () c) Más de 4 cigarrillos d) Por cajetillas ()

9. ¿Consume usted bebidas alcohólicas? a) Sí b) No

9.1 Si su respuesta fue “Si”, marque la frecuencia con la que las consume:

- a) Diario () b) Interdiario () c) 1 o 2 veces por semana ()
- d) Otros, especifique

9.2. ¿Cuántas copas de licor consume cada vez? a) 1 a 2 copas () b) 3 a 4 copas () c) Más de 4 copas ()

10. ¿Cuántas horas en promedio DUERME POR LA NOCHE cuando está de DESCANSO?

- a) 1 b) 2 – 3 c) 4 – 5 d) 6 – 8 e) Otros, especifique
-

ANEXO 3

TABLA DE CÓDIGOS DATOS GENERALES

1. Edad: CÓDIGO

20-40

1

41 – 60

2

Estilos de Vida

Si la respuesta es correcta es 1

Si la respuesta es incorrecta es 0

Dimensión alimentación:

N° DE ITEM	ALTERNATIVA CORRECTA	PUNTUACION
1.1	Diario	1
1.2	Diario	1
1.3	Diario	1
1.4	Diario	1
1.5	Diario	1
1.7	1 vez por semana	1
2 Y 2.1	A y c,d	1

Dimensión actividad física:

N° DE ITEM	ALTERNATIVA CORRECTA	PUNTUACION
5.1	Diario	1
5.2	Interdiario	1
5.3	Interdiario	1
5.4	Interdiario	1
6	Diario	1

Dimensión control médico:

N° DE ITEM	ALTERNATIVA CORRECTA	PUNTUACION
7	A	1

Dimensión consumo de sustancias nocivas:

N° DE ITEM	ALTERNATIVA CORRECTA	PUNTUACION
8	B	1
9	B	1

Dimensión descanso y sueño:

N° DE ITEM	ALTERNATIVA CORRECTA	PUNTUACION
10	D	1

ANEXO 4

MEDICIÓN DE LA VARIABLE ESTILOS DE VIDA

Para clasificar los estilos de vida se designó dos categorías: saludable y no saludable; para establecer los intervalos de se aplicó el Promedio en la Curva de Gauss.

1. Promedio

Estilos de Vida:

Estilos de Vida No Saludable: 0 – 5 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 6 – 13 puntos.

Estilos de Vida en la Dimensión Alimentación:

Estilos de Vida No Saludable: 0 - 2 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 3 - 6 puntos.

Estilos de Vida en la Dimensión Actividad física:

Estilos de Vida No Saludable: 0 - 1 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 2 puntos.

Estilos de Vida en la Dimensión Controles médicos:

Estilos de Vida No Saludable: 0 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 1 punto.

Estilos de Vida en la Dimensión Consumo de sustancias nocivas:

Estilos de Vida No Saludable: 0 - 1 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 2 puntos.

Estilos de Vida en la Dimensión Descanso y sueño:

Estilos de Vida No Saludable: 0 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 1 punto.