



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN
CARDIOLOGÍA Y CARDIOVASCULAR**

Trabajo Académico

Factores modificables y riesgo cardiovascular del personal de salud de una
unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
Martins – 2024

Para optar el Título de
Especialista en Cuidado Enfermero en Cardiología y Cardiovascular

Presentado por:

Autora: Morales Pantoja, Raquel

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9524-3405>

Asesora: Mg. Barreda Paredes, Ruby Inés

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9612-008X>

Lima – Perú

2025

| | | | |
|--|---|------------------------------------|--------------------------|
|  Universidad Norbert Wiener | DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | | |
| | CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033 | VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01 | FECHA: 08/11/2022 |

Yo, Raquel Morales Pantoja egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Cuidado Enfermero en Cardiología y Cardiovascular**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Factores modificables y riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2024” Asesorado por el docente: Ruby Barreda Paredes dni 07936275 ORCID 0000-0001-9612-008X tiene un índice de similitud de (16) (dieciséis) % con código trn:oid:: 14912:525448592 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de autor

Nombres y apellidos del Egresado

DNI: 15756690



Firma de Asesor

Ruby Barreda Paredes

DNI: 07936275

Lima, 24 de Noviembre de 2024 (fecha de término del taller)

“Factores modificables y riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2024”

Dedicatoria

Al personal de salud que labora incansablemente en las diferentes áreas críticas del HNERM.

Agradecimiento

A Dios, por la vida y salud con la que me bendice cada día, que me permite servir con dedicación y esmero a quienes cuido.

A mis docentes de especialidad, por su dedicación y paciencia en formarnos como futuros profesionales en el cuidado enfermero en cardiología y cardiovascular.

Resumen

Introducción: Los factores modificables pueden corregirse o tratarse, resultando en una mejor calidad de vida; el personal de salud de cuidados intensivos que desempeña una función excepcional al cuidar y tratar contribuyendo en la recuperación del paciente crítico, debe hallarse en las mejores condiciones de salud y en menor riesgo cardiovascular, el estudio establece como **Objetivo:** Determinar el grado de correlación de cómo la interacción de los factores modificables influye en el incremento del riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2024. **Método:** A través del método hipotético deductivo y basado en un enfoque cuantitativo de tipo aplicada con corte transversal y correlacional, de diseño no experimental de alcance descriptivo, en población de 190 profesionales se aplicó la fórmula población finita conocida obteniéndose la muestra representativa de 127 profesionales asistenciales, a quienes se les aplicará dos instrumentos para la “Identificación de factores de riesgo modificables para enfermedad cardiovascular en el personal de enfermería”, diseñado por (Luna Maira, Colombia 2010) aplicado por (Ipanaqué Graece, Perú 2020) y el “Score Framingham”, aplicado por (Rojas, Ricardo 2019), a través del coeficiente Alfa de Cronbach se estableció la confiabilidad del instrumento de los factores de riesgo modificables, un nivel de confiabilidad de 0,799 y del riesgo cardiovascular, mediante del análisis multivariable de “Características Operativas del Receptor” (ROC), obteniéndose un ROC de 0.79, se analizarán los resultados con el programa SPSS 26 presentándose los resultados en tablas de distribución de frecuencia absoluta y porcentuales.

Palabras clave: Factores modificables, riesgo cardiovascular, personal de salud, cuidados intensivos

Abstract

Introduction: Modifiable factors can be corrected or treated, resulting in a better quality of life, intensive care health personnel who play an exceptional role in caring for and treating, contributing to the recovery of the critical patient, must be in the best health conditions and at lower cardiovascular risk, the study establishes as Objective: To determine the degree of correlation of how the interaction of modifiable factors influences the increase in cardiovascular risk of health personnel in an intensive care unit of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital - 2024. Method: Through the hypothetical deductive method and based on a quantitative approach of applied type with a cross-sectional and correlational, of a non-experimental design of descriptive scope, in a population of 190 professionals the known finite population formula was applied, obtaining the representative sample of 127 healthcare professionals, to whom two instruments will be applied for the "Identification of modifiable risk factors for cardiovascular disease in nursing staff", designed by (Luna Maira, Colombia) 2010) applied by (Ipanaqué Graece, Peru 2020) and the "Framingham Score", applied by (Rojas, Ricardo 2019), through the Cronbach Alpha coefficient, the reliability of the modifiable risk factors instrument was established, a reliability level of 0.799 and cardiovascular risk, through the multivariate analysis of "Receiver Operating Characteristics" (ROC), obtaining a ROC of 0.79, the results will be analyzed with the SPSS 26 program, presenting the results in tables of absolute and percentage frequency distribution.

Keywords: Modifiable factors, cardiovascular risk, health personnel, intensive care

INDICE

| | |
|--|----------|
| Dedicatoria..... | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Resumen | iv |
| Abstract..... | v |
| 1. EL PROBLEMA | 1 |
| 1.1. Planteamiento del problema..... | 1 |
| 1.2. Formulación del problema | 3 |
| 1.2.1. Problema general | 3 |
| 1.2.2. Problemas específicos..... | 3 |
| 1.3. Objetivos de la investigación | 4 |
| 1.3.1. Objetivo general..... | 4 |
| 1.3.2. Objetivos específicos | 4 |
| 1.4. Justificación de la investigación | 5 |
| 1.4.1. Teórica | 5 |
| 1.4.2. Metodológica | 5 |
| 1.4.3. Práctica | 6 |
| 1.5. Delimitación de la investigación..... | 6 |
| 1.5.1. Temporal..... | 6 |
| 1.5.2. Espacial..... | 6 |
| 1.5.3. Población o unidad de análisis..... | 6 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 7 |
| 2.1. Antecedentes..... | 7 |
| Internacionales | 7 |
| Nacionales | 9 |
| 2.2. Bases teóricas | 11 |
| 2.2.1 Enfermedad cardiovascular | 11 |

| | | |
|--------|---|----|
| 2.2.2 | Factores de riesgo para la salud | 13 |
| 2.2.3 | Dimensión hipertensión | 14 |
| 2.2.4 | Dimensión hábitos alimenticios..... | 15 |
| 2.2.5 | Dimensión estrés..... | 16 |
| 2.2.6 | Dimensión consumo de tabaco | 17 |
| 2.2.7 | Dimensión consumo de alcohol..... | 18 |
| 2.2.8 | Dimensión actividad física | 18 |
| 2.2.9 | Riesgo cardiovascular | 19 |
| 2.2.10 | Escala cardiovascular..... | 19 |
| 2.2.11 | Score Framingham..... | 19 |
| 2.2.12 | Teoría de enfermería..... | 22 |
| 2.2.13 | Teoría de enfermería de Jean Watson..... | 22 |
| 2.2.14 | Modelo de enfermería de Nola Pender | 23 |
| 2.3. | Formulación de hipótesis | 26 |
| 2.3.1. | Hipótesis general | 26 |
| 2.3.2. | Hipótesis específica | 26 |
| 3. | METODOLOGÍA | 27 |
| 3.1. | Método de la investigación | 27 |
| 3.2. | Enfoque de la investigación | 27 |
| 3.3. | Tipo de investigación | 28 |
| 3.4. | Diseño de la investigación | 28 |
| 3.5. | Población, muestra y muestreo | 28 |
| 3.5.1 | Población | 28 |
| | Criterios de inclusión | 29 |
| | Criterios de exclusión..... | 29 |
| 3.5.2 | Muestra | 29 |
| 3.5.3 | Muestreo | 30 |

| | |
|---|----|
| 3.6. Variables y operacionalización | 31 |
| 3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos | 33 |
| 3.7.1 Técnica..... | 33 |
| 3.7.2 Descripción de instrumentos | 33 |
| 3.7.3 Validación..... | 34 |
| 3.7.4 Confiabilidad | 34 |
| 3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos | 35 |
| 3.9. Aspectos éticos..... | 36 |
| 4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | 37 |
| 4.1 Cronograma de actividades | 37 |
| 4.2 Presupuesto | 38 |
| REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA..... | 39 |
| ANEXOS | 47 |
| ANEXO I..... | 48 |
| MATRIZ DE CONSISTENCIA..... | 48 |
| ANEXO II | 49 |
| INSTRUMENTO I..... | 49 |
| ANEXO III | 51 |
| INSTRUMENTO II..... | 51 |
| ANEXO IV | 55 |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 55 |

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se reportan como la principal causa de muerte en el mundo (1). Los factores de riesgo modificables como la hipertensión arterial sistémica (HAS), la diabetes mellitus (DM), la dislipidemia, la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo, el sueño escaso y el estrés, condicionan la formación de ateromas resultando en una aterosclerosis permanente; asociado a ello la HAS no controlada que ocasiona hiperplasia e hipertrofia en el endotelio vascular (2)

La ECV es la principal causa de morbilidad y mortalidad entre los diabéticos, manifestando hiperglucemia e hiperosmolaridad, así como resistencia a la insulina, lo que conduce a inflamación crónica, estrés oxidativo y, eventualmente disfunción endotelial, su incremento resulta alarmante, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte; y es en esencia la resistencia a la insulina quien ocasiona dislipidemia al acelera la aterosclerosis en los diabéticos (3).

En el mundo más de 500 millones de personas están expuestos a un evento cardiovascular, en el 2021 se reportó 20.5 millones de muertes, un tercio de total global; Europa Central y Oriental reportó niveles altos de ingesta de sodio, alcohol, tabaquismo, poca actividad física, asociado a hipertensión, hipercolesterolemia en ambos sexos y obesidad en hombres; África del Norte, Medio Oriente, Asia del Sur y Sudeste Asiático fue mayor el riesgo metabólico y la contaminación ambiental; Asia Oriental, Oceanía y África Subsahariana reportó casos tan similares a Europa. El 2023, España reporta a ECV como la primera causa de muerte registrando 317 muertes por enfermedad cardiovascular al día (4)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatiza la importancia en la prevención y el tratamiento de las ECV, a razón que es la principal causa de muerte en el continente americano, cobrando cada año en promedio 2 millones de vidas; y en el mundo, hay más muertes por ECV que por cualquier otra causa, siendo la enfermedad de índole cardíaco isquémico y cerebrovascular entre las principales, del cual la tercera cuarta parte se dan en países de bajos y medianos ingresos. Existe un creciente aumento de carga por ECV en la mayoría de países, resultando alarmante, principalmente el incremento de tasa en edad temprana, así Haití registra 428.7 muertes por 100 000 habitantes (5).

En América Latina y el Caribe, la HAS conduce en proporciones similares a desarrollar enfermedad cardíaca y/o accidente cerebrovascular, alcanzando el 28% en mujeres y 43% en hombres con desconocimiento de su situación de hipertensos. El riesgo de cardiopatía y de accidente cerebrovascular se asocia a dietas poco saludables, un alto contenido en sal, grasas y azúcares refinados, y el bajo nivel de actividad física, el consumo de sustancias nocivas como el tabaco se registran con el 10% de todas las muertes por ECV (6).

En Brasil, las ECV representa el 27% del total de defunciones, registrándose como la primera causa de muerte entre los brasileños. Debiéndose a enfermedades coronarias 32%, accidente cerebro vascular 28%, e insuficiencia cardíaca 18% (7).

En Perú, para el 2020 individuo entre 15 años a más registraban no menos de una comorbilidad o factor de riesgo para la salud con el 39.9%, enfermedades como hipertensión, diabetes mellitus y obesidad entre las más altas; es mayor la incidencia en mujeres 41.5% que en varones 38.2%, y en área urbana 42.4% a diferencia del área rural 29.1% (8).

La Organización Mundial de Salud, impulsa la iniciativa HEARTS en las Américas en coordinación con OPS y Ministerios de Salud de la región para el primer nivel de atención, la iniciativa HEARTS en las Américas, la OPS y el Centro de prevención y control de enfermedades (CDC) de Estados Unidos, desarrollan la aplicación para calcular el riesgo de ECV, permitiendo al usuario estimar su riesgo de enfermedad cardíaca y obtener consejos prácticos en estilo de vida saludable (9).

En nuestro contexto, se viene observado que el personal de salud de cuidados intensivos UCI 2C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) que labora en horario rotativo de 12 horas diurnas y nocturnas, muestra hábitos de consumo excesivo de bebidas altamente azucaradas, productos envasados con alto contenido de sodio y grasas saturadas, comida rápida y una que otra comorbilidad, como sobrepeso, obesidad, hipertensión, diabetes, hipotiroidismo, hipertiroidismo, etc, y un ausentismo laboral con descanso médico temporal o prolongado, por consiguiente, ante la necesidad de identificar como se relaciona dichos factores con el riesgo cardiovascular del personal de salud se formula nuestra pregunta de investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo la interacción de los factores modificables influye en el incremento del riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2024?

1.2.2. Problemas específicos

a. ¿Cómo la dimensión “hipertensión” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud?

- b. ¿Cómo la dimensión “hábitos alimenticios” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud?
- c. ¿Cómo la dimensión “estrés” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud?
- d. ¿Cómo la dimensión “consumo de tabaco” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud?
- e. ¿Cómo la dimensión “consumo de alcohol” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud?
- f. ¿Cómo la dimensión “actividad física” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el grado de correlación de cómo la interacción de los factores modificables influye en el incremento del riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2024

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Identificar cómo la dimensión “hipertensión” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud.
- b. Analizar cómo la dimensión “hábitos alimenticios” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud.
- c. Evaluar cómo la dimensión “estrés” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud.

d. Identificar cómo la dimensión “consumo de tabaco” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud.

e. Analizar cómo la dimensión “consumo de alcohol” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud.

f. Evaluar cómo la dimensión “actividad física” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El aporte teórico del estudio se sustentará en la importancia que tiene el cuidado humanizado y la promoción de la salud en el propio personal de salud, responsable del tratamiento y cuidado del paciente críticamente enfermo, viéndose reflejados en los indicadores preventivo promocional de salud y en el beneficio individual, colectivo e institucional. Se elaborará un marco teórico de alto valor conceptual al realizar una revisión bibliográfica de bases de datos indexados que servirá de consulta para diseñar estrategias que resuelvan o mejoren la condición de salud del personal asistencial, basándose en la teoría de Jean Watson y Nola Pender.

1.4.2. Metodológica

El estudio proporcionará resultados que servirán de evidencia científica, al dar respuesta a la pregunta de investigación, los mismos que permitirán plantear estrategias que oriente a resolver la problemática de estudio. Será un aporte a la línea de investigación de la profesión al servir de referencia para futuras investigaciones que traten una o las dos variables de estudio con características similares, también proporcionará las bases a que se continúe investigando sobre el tema en cuestión a otro nivel de investigación.

1.4.3. Práctica

Los resultados obtenidos del estudio estarán a disposición de la oficina de salud ocupación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, los que permitirán establecer estrategias de mejora a favor del bienestar de salud del personal que labora en UCI 2C, realizándose el seguimiento en función a un trato personalizado y establecimiento de metas a corto y mediano plazo, mejor control de los factores de riesgo cardiovascular, repercutiendo en mejor desempeño laboral, menos ausentismo laboral por descanso médico temporal y prolongado, menor carga laboral al personal activo. El profesional de salud cuyo rol predomina en la sociedad, como responsable directo del tratamiento y cuidado del paciente y por ende debe hallarse en las mejores condiciones de salud al brindar una atención oportuna, segura y de calidad al paciente y grupo familiar.

1.5. Delimitación de la investigación

1.5.1. Temporal

El estudio se realizará entre los meses de junio a agosto 2024.

1.5.2. Espacial

Se desarrollará en la unidad de cuidados intensivos (UCI) 2C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ubicado el distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima-Perú.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La población de estudio estará representada por el personal de salud asistencial del servicio UCI 2C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 190 profesionales conformado por 40 médicos, 101 enfermeros y 49 técnicos de enfermería, responsables del tratamiento y cuidado de los pacientes que son admitidos en las 6

salas con patologías diversas (unidades polivalentes), quienes se hallan expuestos a factores que los expondrían a mayor riesgo cardiovascular. Cada participante será identificado mediante un código asignado de forma anónima que indicará su rol, representado por la inicial 'M' para médicos, 'E' para enfermeros y 'T' para técnicos de enfermería. Esta codificación busca proteger la confidencialidad de los participantes y facilitar el análisis de datos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Duong et al (10), Vietnam - 2024, plantearon el objetivo “Determinar la prevalencia y distribución de los factores de riesgo cardiovascular entre los profesionales de salud de una importante institución privada”, aplicaron un diseño transversal, realizándose la recolección de la información en 1314 profesionales de salud que representaron el total de su población, a través de la aplicación de un cuestionario autoadministrado y protocolo estándar de evaluación del riesgo cardiovascular en que se evaluó hipertensión, diabetes, dislipidemia, obesidad y tabaquismo. El grupo ocupacional representado por médicos y enfermeras 49.9%, administrativo 24.7%, apoyo clínico 14.8% y servicios 10.5%. En el que se identificó menor presión arterial sistólica en mujeres en comparación a los varones, de igual manera el 70% de varones tuvo mayor IMC respecto al rango normal, los niveles más elevados de colesterol y triglicéridos fue de 50% y fumadores el 98% ambos factores predominó en varones. Concluyendo con una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en personal de salud, siendo menester el fomento

de estilos de vida saludable y estrategias de gestión de riesgo a fin de preservar la salud cardiovascular.

Castaño et al (11), Colombia - 2022, tuvieron como objetivo “Describir los antecedentes, hábitos, características de género y escalas de riesgo cardiovascular en trabajadores hospitalarios”, basándose en un enfoque empírico analítico de corte transversal, de una población de 1248 seleccionó por conveniencia una muestra aleatoria de 179 trabajadores hospitalarios, en coordinación con salud ocupacional del Hospital General de Medellín realizó el tamizaje, de las características demográficas el 72% era de sexo femenino, el 98% era mestizos, el 67% con nivel educativo de tecnología, y el 64% eran del área asistencial y el 36% del área administrativa. Entre los factores de riesgo cardiovascular, el 17% hipertensos, el 5.6% diabéticos, el 40% sobrepeso, 19% obesidad, 7% tabaquismo, hipotiroidismo y el síndrome metabólico 11%, depresión 8.4% y el 27.4% con antecedente familiar de enfermedad cardiovascular. Dentro de los hábitos identificados el sedentarismo y el consumo de alcohol, más del 70% refirió tener un pasatiempo, el estrés se reportó en el 37% de la población siendo el laboral el más frecuente. Al realizar la evaluación de riesgo cardiovascular con el score de la Sociedad Americana del Corazón encontró que, el 8.5% de las mujeres tiene salud cardiovascular ideal, mientras que el 82% se encuentran en riesgo y el 7.7% en riesgo alto. Concluyendo la existencia de prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en los trabajadores hospitalarios y principalmente en el sexo femenino.

Chang et al (12), Taiwán - 2021, tuvieron el objetivo de “Examinar la influencia de la obesidad en enfermeras sobre la variabilidad del ritmo cardiaco y determinar si la edad o el tipo de turno se relaciona”, aplicó un diseño comparativo - correlacional en una muestra de 242 enfermeras en el chequeo anual de un hospital

de Taiwán, el instrumento utilizado fue el cuestionario que evaluó el sexo, edad, tipo de turno, historial médico, consumo de alcohol y tabaco, turnos rotativos, índice de masa corporal (IMC), la obesidad abdominal fue identificada con la medición de cintura y el análisis de la variabilidad de ritmo cardiaco identificado mediante un monitor no invasivo, hallando que la edad media fue 28.98 ± 6.56 años, de sexo femenino 96.7%, no fumaban 95%, no alcohol 73.6%, sin antecedente de hipertensión 99.6% y diabetes 98.8%, trabajan en turnos fijos 26.4% y el 73.6% en turnos rotativos, concluyendo que las enfermeras con cintura demasiado grande tenían desviación estándar de intervalo normal significativamente más bajo, e impactaban negativamente en la frecuencia alta ($p = 0.010$) y baja ($p = 0.030$), asimismo el IMC muy alto tuvieron desviación estándar de intervalo normal significativamente más bajo, impactando negativamente en frecuencia muy baja ($p = 0.045$), la relación de circunferencia de cintura muy grande por la edad impacto negativamente en la frecuencia alta, y el IMC por la edad impacto negativamente en la frecuencia alta y en la frecuencia muy baja, no hallándose significancia en la variabilidad del ritmo cardiaco en su relación con los turnos rotativos.

Nacionales

Chavarría (13), Perú – 2021, tuvo como objetivo, “Determinar si los factores socio epidemiológicos estudiados están relacionados al riesgo cardiovascular según criterios de Framingham en el personal sanitario del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo”, estudio de tipo cuantitativo, nivel descriptivo observacional y transversal en una población de 250 obtuvo una muestra representativa de 182 trabajadores, la información fue recopilada a través de un cuestionario de la escala de estrés laboral OIT/OMS y la tabla de predicción riesgo cardiovascular OMS/ISH con los criterios de Framingham, obteniéndose bajo riesgo

cardiovascular 67%, moderado 14.8%, alto 11.6%, muy alto 6.6%, el nivel de estrés 55% bajo, intermedio 19.7%, estrés 18.2%, nivel alto 7.1%, diabéticos 6%, tabaquismo 2.7%, alimentación saludable 55%, limitada actividad física 60.5%, ritmo de sueño alterado 44.5%, los que presentaron nivel bajo de estrés el 88% mostraron riesgo cardiovascular bajo, y de los que presentaron nivel alto de estrés 92.3% mostraron riesgo cardiovascular alto, concluyendo en que existe riesgo cardiovascular relacionado al estrés laboral, sueño de calidad, grupos etario, genero, actividad física, y estado civil y no principalmente relacionado con alimentación saludable y el consumo de sustancias nocivas.

Criollo (14), Perú – 2020, se planteó como objetivo “Describir la evidencia científica sobre los factores de riesgo cardiovasculares en población laboral y su impacto en salud ocupacional”, estudio de tipo documental, descriptivo y retrospectivo, realizó la búsqueda en revistas indexadas de enfermería de los años 2009 al 2020 con bases de datos de Redib, Scielo, Dialnet, Redalyc y Medigraphic en el idioma español y portugués obteniendo 25 artículos, siendo México el país con mayor publicación el 32%, Colombia el 20%, Brasil el 14%, España 12% y para Cuba, Chile, Ecuador, Perú, Venezuela el 20 %, con lo cual concluye, la existencia de relación de los factores de riesgo cardiovascular modificables y la alta prevalencia en la población de trabajadores de salud (médicos, enfermeras y técnico) y en trabajadores de educación (docentes universitarios), por lo que es menester que el trabajador identifiquen de manera oportuna dichos factores que lo ponen en riesgo de desarrollar un evento cardiovasculares y principalmente estén dispuestos aceptar cambios en su estilo de vida.

Rojas (15), Perú - 2019, su objetivo fue “Determinar la asociación entre los niveles de dehidroepiandrosterona (DHEAS) y riesgo cardiovascular en personal de

salud del Hospital de Huaycán - Lima”, aplico el enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal retrospectivo y correlacional, de una población de 368 se obtuvo una muestra representativa de 296 trabajadores, 87 varones y 209 mujeres, los instrumentos utilizados fueron una ficha de recolección de datos, la escala de Framingham, el perfil bioquímico que mide glucosa, triglicéridos, colesterol, HDL, LDL y en la detección de DHEAS el método inmunológico ELISA (Enzyme linked immunosobert assay), los resultados obtenidos fueron un peso promedio de 68.3 ± 13.1 Kg, IMC 28.2 ± 4.3 Kg/m², con sobrepeso 50.3%, obesidad I 22.3%, tabaquismo 88.9%, 13.2% diabetes, el riesgo cardiovascular fue alto 10.5%, intermedio 22.3% bajo 67.2%, concluyendo que los niveles de DHEAS fueron más bajos en el grupo de alto riesgo cardiovascular.

2.2. Bases teóricas

El presente estudio, realizará una búsqueda exhaustiva en las principales bases de datos indexados de bibliografía actualizada para armar el sustento teórico, que tendrá en cuenta los principales factores que contribuyen específicamente al riesgo cardiovascular entre ellos los factores modificables y los factores de riesgo propios del personal de salud que lo exponen a un mayor riesgo cardiovascular, describirá el Score de Framingham que medirá el riesgo cardiovascular en el personal de salud, y se apoyará en la teoría del cuidado humanizado Jean Watson y la teoría de promoción de la salud de Nola Pender.

2.2.1 Enfermedad cardiovascular

La cardiopatía isquémica generalmente se refiere a trastornos que involucran el estrechamiento u obstrucción de los vasos sanguíneos, asociado a daños relacionados con lesiones ateroscleróticas en el corazón o grandes vasos, presente

con acumulo de placa grasa en las paredes de las arterias que se espesan y endurecen, llegando a reducir el flujo de sangre a órganos y tejidos, favoreciendo el riesgo de ataque cardíaco, angina o accidente cerebrovascular y otro tipo de lesiones valvulares con estenosis e insuficiencia aortica o mitral y alteración en el ritmo cardiaco (16).

Los síntomas de la enfermedad cardiovascular incluyen dolor torácico tipo anginoso, dificultad para respirar, asociado a debilidad, entumecimiento y frialdad del miembro superior izquierdo, algunos pueden manifestar dolor mandibular, en cuello, epigastrio y espalda; y se relaciona a factores que no se pueden modificar como la edad, sexo y antecedentes familiares, y sobre aquellos que se puede intervenir o corregir asociado a una dieta deficiente, poca actividad física, consumo de alcohol, tabaco, presión arterial alta, diabetes y obesidad que responde a los principales factores de riesgo que conllevan a desarrollar enfermedad cardiovascular, la dieta basada en bajo consumo de frutas y verduras y alto consumo de sal, dulces y grasas, incrementa el riesgo a desarrollar ECV (17)

Un factor de riesgo es toda situación conductual o condición biológica que acrecienta la posibilidad de develar una enfermedad cardiovascular en el futuro y a los factores no modificables como la edad, sexo y la herencia genética, pero existen un grupo sobre los cuales se pueden intervenir como en el consumo de tabaco, excesiva ingesta de alcohol, niveles elevados de colesterol, diabetes, niveles de hipertensión, sobrepeso, obesidad, inactividad física y estrés en ambos sexos, en la mujer la presencia de ovario poliquístico, uso de anticonceptivos orales incrementa su riesgo, sólo el nivel estrogénico actúa como agente protector por algunos años (18).

Estudios han demostrado la existencia de una mayor probabilidad si existen más de un factor de riesgo, y se ha reconocido en la mayoría de ellos que se pueden llegar a modificar, tratar o controlar, son menos los de características no modificables. El fomento de un estilo de vida saludable, que involucra, modificaciones en la dieta, actividad física, evitar conductas nocivas para la salud tabaco, alcohol, situaciones estresantes y adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos reducirían notablemente el riesgo cardiovascular (19)

Una dieta inadecuada, a base de carbohidratos y grasas saturadas, entre otros, se asociaría a que la persona desarrolle sobrepeso u obesidad en alguna etapa de su vida, la poca actividad física, el consumo de tabaco y alcohol lo ponen en mayor riesgo de presentar un evento cardiovascular, en ello radica la importancia de modificar dichas conductas que disminuyan o prevengan el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en la población en general y principalmente en nuestra población en estudio,

2.2.2 Factores de riesgo para la salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es un derecho esencial que todo ser humano debe gozar sin distinción alguna (20).

Múltiples factores pueden afectar la condición salud, esencialmente aquellos que menoscaban la salud con discapacidad temporal, permanente y muerte, aquella cualidad, condición o comportamiento que está implícito en uno o más factores de riesgo, al presentarse por sí solo acrecienta la probabilidad de presentar una lesión o desarrollar la enfermedad, no obstante, en la práctica, pueden cohabitar más de uno

e interactuar entre sí, se manifiesta en la inactividad física condicionando al aumento de peso, incremento de la tensión arterial e hipercolesterolemia; esta asociación incrementa drásticamente la posibilidad de desarrollar enfermedad cardíaca crónica y otros problemas de salud (21).

En ese sentido, se hace fundamental el conocimiento de las principales causas y factores que ponen en riesgo la salud y especialmente las medidas como prevenirlas, al enfocarnos en la prevención, no sólo debe quedar en el mero conocimiento y comprensión, su eficacia radica primordialmente en su aplicación del día a día, al evidenciarse en la práctica un cambio de actitud positiva, participación más activa en los programas preventivo promocionales de salud, que involucra el cuidado de la salud en todas las etapas de la vida y el fomento de estilos de vida más saludables.

En el presente estudio los factores modificables se desarrollarán en dimensiones: Dimensión hipertensión, dimensión hábitos alimenticios, dimensión estrés, dimensión consumo de tabaco, dimensión consumo de alcohol y dimensión actividad física. Los que se describen a continuación:

2.2.3 Dimensión hipertensión

La hipertensión, es el incremento de la presión arterial sistólica y diastólica a parámetros superiores de lo establecidos en normalidad, de modo permanente, es el corazón quien al contraerse y relajarse ejerce presión sobre las paredes arteriales para conducir la sangre oxigenada y rica en nutrientes a todos los órganos y tejidos del cuerpo. Niveles altos de presión arterial incrementan la resistencia en el corazón, que deberá adaptarse incrementando el crecimiento ventricular, cuya condición produce arritmias cardíacas, angina de pecho, insuficiencia cardíaca y muerte (22)

Cada año se reportan más de 1.6 millones de muertes por ECV en el continente americano y en una población menor de 70 años, representando a más de medio millón de muertes prematuras y evitables; es la hipertensión la que afecta al 20-40% de la población adulta, implicando a 250 millones de personas con presión alta, cuya condición es prevenible o controlable mediante intervenciones preventivas, con reducción del consumo de sal, evitar el consumo de tabaco, consumo rico de frutas y verduras, ejercicio físico y preservando un peso ideal (23)

2.2.4 Dimensión hábitos alimenticios

En los primeros años de vida se hace fundamental proporcionar hábitos alimenticios sanos, basado en una lactancia materna exclusiva hasta los seis meses favorece el crecimiento óptimo y mejora el desarrollo cognitivo con beneficios que reducen el riesgo de sobrepeso, obesidad y otras enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida, un consumo calórico equilibrado al gasto energético evitaría el incremento de peso, con grasas que no superen el 30% del aporte total, la reducción del azúcar a menos del 5% y de sodio a menos de 2gr por día estarían previniendo el desarrollo de hipertensión, riesgo de cardiopatías y accidente cerebrovasculares en adultos (24)

Mantener una dieta sana ayuda en la prevención de todas las formas de malnutrición y diferentes enfermedades no transmisibles, principalmente alimentos con alto contenido de fibra dietética que reducen los niveles de colesterol total y las lipoproteínas de alta densidad mejoren el control glicémico en los diabéticos; no obstante, la exagerada producción de alimentos procesados, la creciente urbanización y cambios en los estilos de vida darán lugar a modificaciones en los hábitos alimenticios. El objetivo siempre será, que se alcance modificar los hábitos

alimenticios y se adopte una rutina de actividad física que establezca un mejor control metabólico, basado en una glicemia, niveles de lípidos y presión arterial sobre rangos de normalidad, resulta importante tener en cuenta las necesidades nutricionales de cada individuo, al respetar sus preferencias tanto personales, cultural y la mejor disposición hacia el cambio (25)

Los hábitos adquiridos resultan difíciles de modificar o eliminar, adquirir nuevos hábitos es el resultado de un proceso que involucra una etapa de reflexión, preparación, acción y mantenimiento, pudiéndose presentar ciertas dificultades en su logro. Adquirir nuevos hábitos y más saludables protegen de graves problemas de salud como obesidad y diabetes, basado en una alimentación saludable y actividad física regular ayudan a controlar el peso y tener mayor energía, su práctica constante favorecen la adaptación en la vida diaria (26)

2.2.5 Dimensión estrés

Al día de hoy se ve como un problema colectivo y no individual llegando afectar a trabajadores de diversas áreas y profesiones, comprometiendo la salud física y mental, su repercusión en el trabajo incrementa el ausentismo, menor rendimiento y baja productividad (27) Por una o más situaciones de preocupación o tensión mental se produce el estrés, dándose como respuesta natural frente a amenazas, situaciones difíciles u otros estímulos, la naturaleza humana vive con cierto nivel de estrés, y la forma de reaccionar afectara en menor o mayor grado el bienestar (28)

El estrés reduce el nivel de concentración y relajación e incrementa el grado de ansiedad e irritabilidad, ocasionando cefalea, migraña, dolor físico en el pecho, hipertensión, enfermedad cardiaca, malestar gastrointestinal, insomnio y alteración de hábitos alimenticios, su cronicidad puede generar otros problemas de salud y

provocar aumento del consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y sustancias ilícitas. La salud mental se ve afectada por persistencia de situaciones estresantes que exacerban el estado de ansiedad o depresión afectando el curso natural de la vida y repercutiendo en el desempeño educativo o laboral demandando atención de salud por meses (29)

2.2.6 Dimensión consumo de tabaco

Una gran amenaza para la salud pública es la epidemia del tabaquismo, responsable de más de 8 millones de muertes al año en todo el mundo; de las cuales 7 millones de las defunciones se deben al consumo directo de tabaco, y la exposición de no fumadores es aproximadamente en 1.3 millones. Su consumo resulta siendo perjudicial en todas sus formas al no existir un grado de exposición seguro y la forma más común a nivel mundial es fumar cigarrillos, el 80% de los consumidores viven en países de medianos o bajos ingresos y con mayor morbilidad. La exposición al humo de tabaco ajeno origina enfermedades cardiovasculares y respiratorias graves, que ocasionan cardiopatías isquémicas y cáncer de pulmón (30)

El hábito de fumar origina deterioro de la función inmunitaria, enfermedad reumática e inflamación crónica y principalmente enfermedades cardiovasculares cerebral, cardíaca y aneurismas que representa el 40% del total de muertes relacionadas a su causa, estudios recientes entre fumadores y no fumadores de 26 a 41 años han demostrado su impacto en una menor calidad de vida; sin embargo el dejar de fumar trae beneficios inmediatos en la salud, lográndose recobrar todas o algunas de las capacidades del pulmón y su expectativa se vincula a la edad que se deje de fumar (31)

2.27 Dimensión consumo de alcohol

Se ha registrado a nivel mundial 2.6 millones de muertes relacionadas al consumo de alcohol y el 76.9% se reporta en varones; un nivel bajo de consumo no exime de riesgos en la salud y en mayor medida un consumo excesivo, ya sea eventual o perenne acarrea la mayoría de, toda bebida alcohólica incluye etanol sustancia psicoactiva y tóxica que resulta ser adictiva. (32). Su consumo de asocia principalmente a enfermedades hepáticas, cardíacas y diversos tipos de cáncer, altera la salud mental y el comportamiento ocasionando depresión y ansiedad(32)

2.2.8 Dimensión actividad física

Un factor principal de mortalidad global es la inactividad o la poca actividad física con tendencia al incremento en varios países; sin embargo el desarrollo regular y adecuado de actividad física que involucre todo tipo de movimiento corporal y consumo de energía reduciría el riesgo de enfermedades no transmisibles, como hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria, accidentes cerebrovasculares, depresión y algunos tipos de cáncer, también se asocian otros beneficios que mejoran la salud ósea y funcional, estar físicamente activo resulta importante en el balance energético y el control del peso (33)

La actividad física implica actividades aeróbicas de fortalecimiento muscular, óseo, equilibrio y flexibilidad; y la ejecución de ejercicio como la actividad física planificada y estructurada a fin de establecerse como disciplina y alcanzar la adaptación, en ellos se reconoce sus bondades que benefician al corazón y pulmones y forman parte del estilo de vida saludable que involucra además una dieta saludable, mantenimiento del peso, manejo del estrés y renunciar a fumar, mantenerse físicamente activo es una forma de conservar la salud (34)

2.2.9 Riesgo cardiovascular

Es la posibilidad que la persona tiene de presentar un evento o enfermedad cardiovascular en un determinado plazo de tiempo entre los 5 a 10 años. Está definido por el efecto combinado de los factores de riesgo, que regularmente coexisten y ejercen un efecto multiplicador. Una persona con una elevación en más de uno o varios factores de riesgo sobre lo considerado apenas normal puede tener un riesgo vascular mayor frente a otro con una elevación considerable en un solo factor de riesgo (35)

2.2.10 Escala cardiovascular

Se reconoce en la estimación del riesgo cardiovascular una herramienta útil que anticipa a establecer acciones preventivas frente a un evento cardiovascular inminente (36).

Existen diversos marcadores y escalas, pero la más aceptada mundialmente es la escala Framingham, del cual hará uso el presente estudio.

2.2.11 Score Framingham

El origen de esta escala está basado en estudios realizado en América del Norte, Massachusetts, ciudad de Framingham a inicios del año 1948 hasta mediados del 2003, medidos en 5 cohortes distintos (37). Se reconoce en él un gran aporte, al contribuir en la identificación de marcadores más significativos en la presentación de una enfermedad cardiovascular, y dichos resultados han podido ser adaptados a realidades como las nuestras.

La escala tiene la capacidad de evaluar y predecir a través de indicadores determinado el riesgo cardiovascular Establece que, los varones y las mujeres tienen probabilidades distintas de presentar un evento cardiovascular antes de que la mujer

ingrese a la etapa premenopáusicas, al descender su nivel estrogénico el riesgo puede ser aún mayor a que de los varones. La edad viene a ser otro determinante, a mayor edad, mayor será el riesgo cardiovascular. El tabaquismo es un indicador que aumenta en mayor medida el riesgo cardiovascular por sí solo. En igual medida la dislipidemia, los niveles bajos de HDL y altos de LDL son indicadores que aumentan el riesgo cardiovascular de forma independiente. Otro indicador que evalúa es la presión arterial en sus niveles altos y si se asocia o no al uso de un antihipertensivo para su control (38).

Lo descrito anteriormente son los indicadores tradicionales en el cual se basa la escala, sin embargo, con el paso de los años otros investigadores aportaron nuevos datos; como la ascendencia, estado civil y educación, el tipo de ocupación, horario, ritmo de trabajo y colaboración entre pares (39). El perímetro abdominal en personas diabéticas o síndrome metabólico y la circunferencia del cuello que sugiere un acúmulo de grandes depósitos de grasa en el abdomen y en el cuello respectivamente (40)

El aporte de estos nuevos indicadores demostraría que diversos aspectos de la vida influyen en la salud cardiovascular.

La interpretación de la escala de Framingham, se basa en la suma de los indicadores de riesgo cardiovascular (41). La evaluación del riesgo cardiovascular en personas con síndrome metabólico proyectado a 10 años se realiza con base a los siguientes resultados, considerando un riesgo bajo si el resultado del puntaje es menor a 10 %, un riesgo intermedio si el resultado del porcentaje de ubica entre 10 y 20 %, hay riesgo alto si el porcentaje excede al 20 % (42)

El estudio de “The Framingham Heart Study”, se desarrolló en una población norteamericana con características definidas que tienen ciertas particularidades (43)

La posibilidad de que se produzca un evento cardiovascular por cada indicador no va a ser igual en todas las poblaciones estudiadas, algunos indicadores tendrán mayor peso en proporción al riesgo cardiovascular de una población a otra. Por tal razón, se hace indispensable la utilización de la adaptación de la escala a realizades con caracterizas similares a la nuestra (44).

El score de Framingham fue aplicado por primera vez en los años 2004 y 2010, en 25 ciudades del país, en una población mayor a 30 años de edad, con el objetivo de plantear, desarrollar y aplicar un programa preventivo promocional en enfermedad coronaria, teniendo como finalidad establecer su utilidad en la medición de los factores de riesgo cardiovascular y conocer la edad vascular, se llegó analizar el score en las diferentes ciudades y regiones del país, comparándolo según grupo etario, nivel educativo y grupo socioeconómico; a fin determinar las estrategias integrales necesarias que propicien y reduzcan las afecciones cardiaca (45).

La información recopilados fueron la edad, sexo, tabaco, diabetes, grado de instrucción y situación socio económica, de igual forma realizó la medición y registro de la presión arterial según el JNC 7 (46). También se determinó el peso y talla para calcular del índice de masa corporal (47). En relación al consumo de tabaco se clasifico de acuerdo a la Guía Nacional (48). Se catalogo como diabético a las personas que conocían su diagnóstico y venían siendo medicados. El nivel socioeconómico de la población se clasificó en tres grupos: Nivel alto, aquel que poseía vivienda y automóvil. Nivel medio, si poseía vivienda o automóvil. Nivel bajo, cuando no poseía ni vivienda o automóvil. La escala de Framingham empleada

para determinar el riesgo de presentar un evento cardiovascular a 10 años fue el adaptado por D'Agostino (49)

2.2.12 Teoría de enfermería

Visto la enfermería como disciplina, ciencia y arte encargada del cuidado de la salud humana al desempeñar un rol relevante en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, ha evolucionado al pasar de los años a razón del desarrollo de las teorías de enfermería que fundamentan el cuidado(50). Siendo reconocido como el conjunto de conceptos y supuestos que se relacionan entre sí, comprendiendo el campo de la enseñanza, la investigación y su aplicación en la práctica. Todas las teorías de enfermería están compuestas de un cuerpo de conocimientos, conceptos y proposiciones que se relacionan con la enfermería y unidos a una visión más ampliada del contexto sobre el cual se hallan (51).

2.2.13 Teoría de enfermería de Jean Watson

La teoría del cuidado humanizado personal y transpersonal tiene como representante a Jean Watson, quien asume en el estudio de las humanidades la transformación de la mente y el incremento de la capacidad de pensar que influirán más adelante en el desarrollo personal, es la pionera en integrar las humanidades, el arte y la ciencia. Su teoría asume un enfoque existencialista fenomenológico con base espiritual, asienta en el cuidado un ideal moral y un compromiso ético de la enfermería, asumiéndose al cuidado como la relación terapéutica básica entre los seres humanos en una relación transpersonal e intersubjetivo (52). La teoría en sus inicios se sustenta en tres premisas, la primera se relaciona al cuidado y la enfermera, dando a conocer de su existencia en todas las sociedades y siendo la actitud asistencial transmitida como cultura de la profesión que se enfrenta al entorno. Reconoce en el avance de la profesionalización de la enfermera una orientación más

humanística con los aspectos científicos que corresponden. La claridad de expresión de ayuda y sentimientos permitirán asegurar la comprensión entre la enfermera y paciente como personas que afianzan un nexo entre ambos y el nivel de comprensión se asocia al grado de profundidad de la unión transpersonal, donde ambos mantienen su calidad personal en relación al rol que cada uno desempeña. El grado de autenticidad y sinceridad, garantiza la eficacia del cuidado al más alto nivel. (53)

Define a la salud como la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”, que se asocia con el nivel de coherencia entre el yo que percibe el yo que experimenta. Y conceptualiza a la enfermería como ciencia y arte que estudia la asociación de la experiencia de salud - enfermedad, a través de relación profesional, personal, científica, estética y ética, siendo su meta el crecimiento espiritual de la persona, mediante la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, descubriendo su poder interno, transcendencia y autocuración (54)

El profesional de salud es agente de cambio y protagonista, al ser responsable del cuidado del otro y de sí mismo con el mismo nivel de compromiso y autenticidad que asume al estar pendiente de los demás, porque son personas cuidando a otra persona, y asumir ese compromiso social con tenacidad y entereza, siendo la salud de ambos igual de importante. Sin embargo, en nuestro contexto a veces se descuida la propia salud y se enfocan más en el otro, debe tenerse presente como actores sociales que somos el encontrarse en las mejores condiciones de salud para promocionar salud.

2.2.14 Modelo de enfermería de Nola Pender

El modelo de promoción de la salud tiene como representante a Nola Pender, quien define a la salud como el estado dinámico positivo en lugar de sólo ausencia

de enfermedad, y la promoción de salud se va a dirigir a incrementar el nivel de bienestar de la persona, además, manifiesta que la conducta adoptada debe estar dirigida al logro del bienestar y desarrollo del potencial humano (55). Su modelo se sustenta en dar respuesta a la forma como las personas llegan adoptar decisiones acerca del cuidado de su propia salud, mostrando la naturaleza multidisciplinaria de las personas en su relación con el entorno al intentar alcanzar el estado de salud deseado, destaca la asociación de la conducta previa relacionada y los factores personales, cogniciones y afectos relativos a la conducta específica y resultados conductuales (56)

a) Conducta previa relacionada y los factores personales

La teoría reconoce que cada persona posee características propias y experiencias anteriores que pudieran posteriormente influir en la capacidad de compromiso, y aceptación de conductas positivas de promoción de la salud. Otro aspecto a considerar son los factores personales, descritos como biológicos, psicológicos y socioculturales que influyen en la adopción de un tipo de conducta. En lo biológico se observa la variable índice de masa corporal por edad, fuerza, capacidad aeróbica, agilidad y equilibrio. En lo psicológico se describe la autoestima y autoevaluación, percepción del estado de salud y definición de salud. En lo sociocultural se tiene en cuenta la educación, cultura, raza y nivel socioeconómico. (55,56)

b) Cogniciones y afectos relativos a la conducta específica

Este segundo elemento del cual se compone la teoría se relaciona con los conocimientos y afectos que involucran sentimientos, emociones y creencias. Se basan en 6 elementos. El beneficio que se percibe por la acción, siendo el resultado

positivo anticipado a la acción de una conducta de salud aceptable. Las barreras percibidas para la acción vienen a ser aquellas perspectivas negativas o desventajas que pudieran obstaculizar su compromiso al momento de adoptar una conducta saludable. La autoeficacia percibida, es reconocida como la determinación de compromiso para sí mismo al momento de realizar una acción, cuando más alto sea el nivel de autoeficacia habrá menos barreras percibidas. El afecto relacionado con el comportamiento es la asociación de emociones o reacciones dirigidas a adoptar pensamientos positivos o negativos que resultan en acciones favorables o desfavorables. Las influencias interpersonales, se relaciona con el compromiso de adoptar una conducta saludable siempre y cuando exista el apoyo y acompañamiento de parte de la persona en quien reconocen es importante para ellos. Las influencias situacionales del entorno pueden afectar el nivel de compromiso y participación al momento de asumir una conducta de promoción de salud. (56)

c) Resultados conductuales

Para alcanzar un resultado conductual se establece un plan de acción, basada en la planificación de estrategias que conducen a la adopción de una conducta de salud. Lograr un bienestar óptimo, alcanzar la realización personal y mantener una vida productiva son el resultado de un comportamiento positivo en salud. Su esencia radica en la relevancia de los procesos cognitivos y sociales como influyen en la conducta de la persona y como todo ello repercute en la promoción de la salud. (55,56)

El rol del profesional de salud es de vital importancia en el cuidado y tratamiento de la salud para la persona que recibe dicha atención, al intervenir

mediante acciones que incremente el nivel de motivación en el fomento de estilos de vida saludable que ampliarían su capacidad funcional favoreciendo a que se alcance una mejor calidad de vida, sin embargo esa misma atención y dedicación en algunas ocasiones no se da para sí mismo, hallándose un descuido de la propia salud resultando en que ese mismo profesional se convierte en protagonista de su mismo cuidado, algo del cual debiera ser consciente al no poner en riesgo su propia salud, lo que se observa es un mayor interés en cuidar y tratar de otros que de sí mismo. Como agentes generadoras de cambio es primordial promocionar salud con el propio ejemplo.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la interacción de los factores modificables y el incremento del riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2024

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la interacción de los factores modificables y el incremento del riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2024

2.3.2. Hipótesis específica

Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “hipertensión” de los factores modificables y el riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos.

- Hi2:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “hábitos alimenticios” de los factores modificables y el riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos.
- Hi3:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “estrés” de los factores modificables y el riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos.
- Hi4:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “consumo de tabaco” de los factores modificables y el riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos.
- Hi5:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “consumo de alcohol” de los factores modificables y el riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos.
- Hi6:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “actividad física” de los factores modificables y el riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El estudio hace uso del método hipotético deductivo, porque al partir de un contexto general y siguiendo procedimientos lógicos contrastará las hipótesis que generaran conclusiones (57)

3.2. Enfoque de la investigación

Está descrito dentro de un enfoque cuantitativo, porque en el procesamiento y análisis e interpretación de datos se aplicará técnicas y herramientas estadísticas cuantitativas para ambos instrumentos, resultando en un análisis estadístico e inferencial (58).

3.3. Tipo de investigación

Es aplicada, porque luego de obtenido los resultados se planteará alternativas de mejora para el problema real, que en el mejor de los casos generaran la reducción del riesgo cardiovascular en el personal de salud asistencial (59)

3.4. Diseño de la investigación

Hará uso del diseño no experimental, porque no habrá manipulación de la variable, de alcance descriptivo, porque describirá la naturaleza de los hechos siendo expuestos tal y cual se presentan en la realidad, seguirá una secuencia de estudio transversal, porque estudiará simultáneamente ambas variables y realizará un solo corte en el tiempo y de acuerdo al análisis de los resultados correlacional porque determinará el nivel de relación o asociación existente entre las dos variables (60)

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

La población en el estudio estará comprendida por 40 médicos, 101 enfermeras y 49 técnicos de enfermería que representan un total 190 profesionales de salud asistenciales, que laboran en el servicio de UCI 2C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

N= 190

Criterios de inclusión

Personal de salud asistencial médico, enfermera y técnico de enfermería de modalidad CAS regular, CAS indeterminado, 728 y nombrados.

Personal de salud asistencial que se encuentre en actividad.

Acepten voluntariamente formar parte del estudio y firmen consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Personal de salud asistencial médico, enfermero y técnico de enfermería de modalidad contrato por terceros.

Personal de salud que se encuentre de licencia por maternidad, descanso médico temporal o prolongado y vacaciones.

No acepten participar del estudio.

3.5.2 Muestra

De la población comprendida por 190 profesionales asistenciales se obtendrá una muestra representativa al aplicar la fórmula para población finita conocida (61)

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

En donde:

n= Tamaño muestral e= error estimado máximo aceptado.

N= Tamaño poblacional p= Posibilidad de ocurrencia del evento estudiado (éxito).

Z= Nivel de confianza. q= (1-p) Posibilidad de no ocurrencia del evento estudiado.

En el estudio:

$$N= 190 \quad Z=1.96 \quad p=50\% \quad q=50\% \quad e=5\%$$

$$n = \frac{182.47}{1.43}$$

$$n = 127$$

$$n= 127$$

3.5.3 Muestreo

El estudio aplicará la técnica de muestro probabilístico aleatorio simple, se realizará un procedimiento aleatorio a la población con la probabilidad de que cada uno tenga la opción de ser elegido y formar parte de la muestra (62). En el proceso se asignará un número a cada uno de los integrantes, luego se procederá a ingresarlos a un ordenador de números aleatorios con el que se obtendrá 127 integrantes que representarán a la muestra de estudio.

3.6. Variables y operacionalización

| Variables | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Escala de medición | Escala valorativa (niveles o rangos) |
|--|---|--|-------------------------------|---|--------------------|--------------------------------------|
| Variable independiente Factores modificables | Se denomina factores modificables a todo aquello donde se puede intervenir, corregir y controlar, y se reconoce su modificación o eliminación a través de cambios favorables en el estilo de vida (18,19) | Son todos los factores que presentan los profesionales de salud asistencial durante el tiempo de la intervención, que pueden ser controlado o cambiados mediante la aplicación de estilos de vida saludable, | Hipertensión | Medición de la presión arterial Registra presión arterial alta Usa tratamiento antihipertensivo | Nominal | Siempre A veces Nunca |
| | | | Hábitos a alimenticios | Consumo de verduras Consumo de grasas saturadas Consumo de dieta baja en sal Consumo de aceite de oliva Adiciona sal a la dieta Consumo de dieta saludable Consumo de dieta no saludable Conocimiento del nivel de colesterol y triglicéridos | Nominal | Siempre A veces Nunca |
| | | | Estrés | Horas laboradas > 12 horas Posee trabajo único Otras actividades adicionales Sueño < 6 horas Carga emocional en el trabajo Experimenta cansancio laboral Tiempo de retorno venoso nocturno Experimenta estrés laboral Experimenta baja autorrealización laboral | Nominal | Siempre A veces Nunca |
| | | | Consumo de tabaco | Fuma Fuma en el trabajo Fuma en reuniones Fuma más en situaciones de estrés Fuma menos en situaciones de estrés Fuma pipa o puros | Nominal | Siempre A veces Nunca |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|---|
| | | | Consumo de alcohol | Bebe diario vino en el almuerzo Bebe licor en reuniones Bebe licor hasta embriagarse | Nominal | Siempre A veces Nunca |
| | | | Actividad física | Habito de caminar diario 30 minutos Rutina en el gimnasio Ejercicios de cardiovascular Caminar o correré resulta cansado Uso sólo de escaleras en el trabajo | Nominal | Siempre A veces Nunca |
| Variable dependiente Riesgo cardiovascular | Es la probabilidad que presenta una persona de sufrir un evento o enfermedad cardiovascular en un rango de tiempo, que se hallan relacionados a uno o más factores que pueden o no ser modificados a mayor factores mayor riesgo (35) | Es aquella posibilidad que tiene el profesional de salud asistencial de presentar una situación de riesgo en un lapso de tiempo. | Edad Sexo Antecedentes personales y familiares Hipertensión Diabetes Sobrepeso Obesidad Dislipidemia Estrés Ansiedad Tabaquismo Alcoholismo Actividad física | Grupo etario Femenino Masculino Hábitos alimenticios Pre existencia PA > 140/90 mmHg Glicemia > 120 IMC>25 IMC>30 Nivel de colesterol y triglicéridos Nivel de estrés Nivel de ansiedad Consumo de tabaco Consumo de alcohol Tipo de rutina física | Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal | Adulto joven-Adulto- Adulto maduro Mujer Varón Adecuados-Inadecuados Morbilidad-Comorbilidad No presenta Controlado-No controlado No presenta Controlado-No controlado No presenta Presenta-No presenta Riesgo alto-Riesgo moderado-Bajo riesgo Alto-Medio-Bajo Severo-Moderada-Leve Severo-Moderada-Leve Alta-Media-Baja-No consume Alta-Media-Baja-No consume Alta-Media-Baja-Inactividad |

3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.7.1 Técnica

El estudio aplicará como técnica de recolección de información la encuesta para ambas variables.

3.7.2 Descripción de instrumentos

En el estudio se hará uso del instrumento cuestionario “Identificación de factores de riesgo modificables para enfermedad cardiovascular en el personal de enfermería”, diseñado por (Luna Maira, Colombia 2010), establecido su confiabilidad y aplicado por Ipanaqué Graece, Perú 2020 (63). El instrumento consta de datos generales, antecedentes familiares, datos antropométricos y cifra de presión arterial, los siguientes 34 ítems corresponden a factores de riesgo modificable como son hipertensión arterial (3 ítems), hábitos alimenticios (8 ítems), estrés (9 ítems), consumo de tabaco (6 ítems), consumo de alcohol (3 ítems) y actividad física (5 ítems); está elaborada en base a la escala de evaluación tipo Likert, que establece 3 opciones de respuesta que van de siempre vale (3), a veces vale (2) y nunca vale (1).

Para la determinación del riesgo cardiovascular se hará uso del “Score Framingham”, validado por (D’Agostino et al 2008), el establecimiento de su confiabilidad para la realidad latinoamericana por (Cortes-Bergoderi et al 2012), así mismo aplicado por (Ruiz, Carlos 2012) como indicador de los factores de riesgo cardiovascular en población peruana y últimamente aplicado por Rojas, Ricardo 2019 (15). El instrumento consta de datos sociodemográficos y antropométricos, cada uno de ellos de 3 preguntas que van desde sexo, cargo, grasa corporal, peso, IMC y circunferencia de cintura respectivamente; datos Score Framingham consta de 11

preguntas que considera la edad, colesterol total, presión arterial sistólica, diastólica y media, presión de pulso, fumador, diabetes, familiar con diabetes y uso de medicación para la hipertensión y datos de laboratorio. El puntaje se obtiene a través de una fórmula matemática que determina el riesgo cardiovascular a 10 años, de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, el puntaje establece un riesgo bajo: < 10%, riesgo intermedio: 10 – 20%, y riesgo alto: > 20%.

3.7.3 Validación

El instrumento que medirá los factores de riesgo modificables, fue elaborado bajo el método STEPwise de la OMS empleado en la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, JNC, AHA y Sociedad Colombiana de Cardiología, siendo posteriormente sometido a revisión de 6 expertos, bajo los criterios de pertinencia, relevancia y redacción y aplicado en el contexto nacional por Ipanaqué, G 2020 (63)

EL instrumento que medirá el riesgo cardiovascular a 10 años “Score Framingham” contiene factores de riesgo estadísticamente significativos, basándose en el uso de la regresión de supervivencia de Cox (49), para ser aplicado en el contexto nacional fue validado por miembros de la sociedad Peruana de Cardiología, que dieron origen a la elaboración de “Guía de práctica clínica para el diagnóstico, manejo y control de dislipidemias, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo II del MINSA, RM No 39-2017” y aplicado en población peruana por Rojas, R 2019 (15)

3.7.4 Confiabilidad

El establecimiento de la confiabilidad del instrumento que medirá los factores de riesgo modificables, fue determinado por el coeficiente Alfa de Cronbach,

alcanzándose un nivel de confiabilidad de 0,799, concluyendo que el instrumento posee un nivel alto de confiabilidad y pudiendo ser aplicado (63)

El establecimiento de la confiabilidad del instrumento que medirá el riesgo cardiovascular, fue mediante el análisis multivariable de “Características Operativas del Receptor” (ROC), obteniéndose un ROC de 0.79, estableciéndose en aquella vez la confiabilidad del instrumento en población latinoamericana (Cortes-Bergoderi et al., 2012), y aplicado en población peruana por (Ruiz, Carlos 2012), recientemente aplicado por Rojas, R 2019 (15)

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Del procesamiento de datos, la información recolectada de ambos instrumentos serán ingresados a una base de datos del programa Excel 2021, para ser organizados, limpiados y seleccionados tanto los datos cualitativos como cuantitativos, seguido a ello para su análisis se elegirá el programa SPSS versión 26 mediante el cual se tabularan los datos seleccionados y se clasificarán por variables de estudio al cual se aplicará el análisis estadístico descriptivo siendo agrupados en tablas de distribución de frecuencia absoluta y porcentuales, de igual forma se hará uso de las tablas cruzadas, la comprobación de la hipótesis se establecerá mediante el análisis estadístico inferencial no paramétrico de coeficiente RHO de Spearman que determinará la relación entre variables y la fuerza de valor del nivel de significancia.

3.9. Aspectos éticos

Se tiene presente los principios bioéticos en todas las fases del estudio.

Del principio de autonomía, en la selección de la muestra se respetará la decisión de los profesionales de salud asistencial que no deseen formar parte del estudio, de igual forma los que acepten formar parte firmaran consentimiento informado que corrobora su aceptación de ser parte del estudio.

Del principio de beneficencia, los datos obtenidos servirán para plantear recomendaciones en el manejo o control del riesgo cardiovascular del profesional de salud asistencial al cual se halle expuesto.

Del principio de no maleficencia, la información proporcionada por los participantes sólo será conocidos por el investigador y utilizado con fines estrictamente académico, por ninguna razón serán divulgados individualmente, sólo serán presentados en forma agrupada para fines del estudio.

Del principio de justicia, todos los participantes serán tratado de igual forma, se descarta el trato parcializado de los profesionales de salud asistencial, de igual forma se respetará el desistimiento del participante que inicialmente acepto formar parte del estudio, sin ningún tipo de conducta punitiva.

4.2 Presupuesto

El estudio estará autofinanciado por el investigador.

| ID | PARTIDAS Y SUBPARTIDAS | CANTIDAD | COSTO | TOTAL S./ |
|--------------|---|-----------------|--------------|------------------|
| 1 | Personal | | | |
| | Honorario del investigador | 1 | S/.2000 | S/.2000 |
| | Honorario del estadista | 1 | S/.300 | S/.300 |
| | Honorarios de los encuestadores | 3 | S/.100 | S/.300 |
| 2 | Bienes | | | |
| | Equipo, software, servicio técnico | | S/.500 | S/.500 |
| | Otros | | S/.200 | S/.200 |
| 3 | Servicios | | | |
| | Material bibliográfico y fotocopias | | S/.50 | S/. 50 |
| | Impresión y anillados de ejemplares de la investigación | | S/.120 | S/.120 |
| | Viáticos | | S/. 400 | S/. 400 |
| | Imprevistos | | S/.100 | S/.100 |
| TOTAL | | | | S/.3970 |

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Santos IS. “Know the Enemy and Know Yourself”. Cardiovascular Risk in the National Health Survey. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 4];116(3):432–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33909771/>
2. Tinoco Mesquita C, Dos Santos Ker W. Factores de Risco Cardiovascular em Cardiologistas Certificados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia: Lições a serem Aprendidas. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2023 Jul 4];116(4):782. Available from: </pmc/articles/PMC8121386/>
3. Fundación Española del Corazón. Día Mundial del Corazón [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 12]. Available from: <https://fundaciondelcorazon.com/actualidad/dia-mundial-del-corazon.html>
4. Di Cesare M, Bixby H, Gaziano T, Hadeed L, Kabudula C, Vaca McGhie D, et al. World Heart Federation. The World Heart Report 2023 [Internet]. [cited 2023 Jul 12]. Available from: <https://world-heart-federation.org/>
5. Organización Panamericana de la Salud. Las enfermedades del corazón siguen siendo la principal causa de muerte en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2023 Jul 5]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/29-9-2021-enfermedades-corazon-siguen-siendo-principal-causa-muerte-americas>
6. Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 4]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
7. Costa LR, Passos EV, Silvestre OM. O Redescobrimiento do Brasil Cardiovascular: Como Prevenimos e Tratamos a Doença Cardiovascular em Nosso País. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 4];116(1):117. Available from: </pmc/articles/PMC8159489/>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [cited 2023 Jul 5]. Available from: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>

9. Strategic Plan of the Pan American Health Organization 2020-2025: Equity at the Heart of Health - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [cited 2023 Jul 5]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/strategic-plan-pan-american-health-organization-2020-2025-equity-heart-health>
10. Duong AT, Nguyen HQ, Xuan C Do, Ngo MD, Vu OQ, Le HT, et al. Cardiovascular Risk Factors of Medical Workers at a Large Private Health Institution in Vietnam. *Annals of Clinical Cardiology* [Internet]. 2024 Jul [cited 2025 Aug 8];6(2):71–6. Available from: https://journals.lww.com/accd/fulltext/2024/06020/cardiovascular_risk_factors_of_medical_workers_at.4.aspx
11. Castaño-Cifuentes O, Hoyos Zuluaga AL, Palacios-Cuesta MY, Pérez-Correa J JC, Vásquez-Trespacios EM, Múnera-Echeverri AG. Antecedentes, hábitos, características de género y escalas de riesgo cardiovascular en trabajadores hospitalarios. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 3];31(1):41–9. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552022000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Chang WP, Wang CH, Lin YK. Influence of Obesity on Heart Rate Variability in Nurses with Age and Shift Type as Moderators. *Biomed Res Int* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 4];2021. Available from: </pmc/articles/PMC8612804/>
13. Chavarría Contreras F. Factores socioepidemiológicos relacionados a riesgo cardiovascular según criterios de framingham en personal sanitario del servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, primer trimestre, 2021” [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista. 2021 [cited 2023 Jul 3]. Available from: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3296>
14. Criollo Cayetano JE. Factores de riesgo cardiovascular en población laboral y su impacto en la salud ocupacional [Internet]. [cited 2024 Jun 13]. Available from: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/10020/Factores_CriolloCayetano_Jessica.pdf?sequence=1
15. Rojas Humpire R. Nivel de dehidroepiandrosterona y riesgo cardiovascular en personal de salud del Hospital de Huaycán, Lima, 2019. [Internet]. Universidad

- Peruana Unión. 2020 [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3221>
16. Enfermedades cardiovasculares - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
 17. The Texas Heart Institute. Angina de pecho [Internet]. Available from: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/angina-de-pecho/>
 18. Sans Menéndez S. Enfermedades Cardiovasculares. [cited 2023 Jul 29]; Available from: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf
 19. The Texas Heart Institute. Factores de riesgo cardiovascular [Internet]. [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/factores-de-riesgo-cardiovascular/>
 20. Organización Mundial de la Salud Constitución [Internet]. [cited 2023 Jul 31]. Available from: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
 21. Factores de riesgo en la salud y la enfermedad - EUPATI Toolbox [Internet]. [cited 2023 Jul 31]. Available from: <https://toolbox.eupati.eu/resources/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/?lang=es>
 22. Fundación Española del Corazón. Hipertensión y riesgo cardiovascular. 2024 [cited 2024 Jun 15]; Available from: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>
 23. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión - OPS/OMS. [cited 2024 Jun 15]; Available from: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
 24. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana. 2018 [cited 2024 Jun 15]; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
 25. Mann J. Dietary carbohydrate: relationship to cardiovascular disease and disorders of carbohydrate metabolism. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2007 [cited 2024 Jun 20];61 Suppl 1:S100–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17992181/>

26. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Cómo cambiar sus hábitos para tener una mejor salud. [cited 2024 Jun 15]; Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/alimentacion-nutricion/como-cambiar-sus-habitos-para-tener-una-mejor-salud>
27. Instituto nacional de Seguridad de Seguridad. Estrés laboral. Madrid [Internet]. [cited 2024 Jun 15]; Available from: <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales/estres-laboral>
28. Organización Mundial de la Salud. Estrés. 2023 [cited 2024 Jun 15]; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>
29. American Psychological Association. Los distintos tipos de estrés. [cited 2024 Jun 15]; Available from: <https://www.apa.org/topics/stress/tipos>
30. Organización Mundial de la Salud. Principal causa de muerte, enfermedad y empobrecimiento. [cited 2024 Jun 15]; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
31. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Adicción al tabaco. [cited 2024 Jun 15]; Available from: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/el-tabaco-contiene-otras-sustancias-quimicas-que-pueden-contribuir-su-adic>
32. Organización Mundial de la Salud. Factores que influyen en el consumo de alcohol y daños relacionados. [cited 2024 Jun 15]; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
33. Organización Panamericana de la Salud. Actividad física - OPS/OMS. [cited 2024 Jun 15]; Available from: <https://www.paho.org/es/temas/actividad-fisica>
34. National Heart L and BI. La actividad física y el corazón. 2022 [cited 2024 Jun 15]; Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/corazon/actividad-fisica>
35. Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares. 2014 [cited 2023 Aug 3]; Available from: <http://172.16.1.100:8080/xmlui/handle/2015/907>
36. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* [Internet]. 2019 Sep 10 [cited 2023

- Aug 2];140(11):e596–646. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30879355/>
37. Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *Lancet* [Internet]. 2014 [cited 2023 Aug 2];383(9921):999–1008. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24084292/>
 38. Vanuzzo D, Giampaoli S. [70th Anniversary of the Framingham Heart Study. Cardiovascular epidemiology from the past to the future]. *G Ital Cardiol (Rome)* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2023 Aug 2];19(11):601–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30425388/>
 39. Zwaard AJ Van Der, Geraedts A, Norder G, Heymans MW, Roelen CAM. Framingham score and work-related variables for predicting cardiovascular disease in the working population. *Eur J Public Health* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2023 Aug 2];29(5):832–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31220243/>
 40. Preis SR, Massaro JM, Hoffmann U, D’Agostino RB, Levy D, Robins SJ, et al. Neck Circumference as a Novel Measure of Cardiometabolic Risk: The Framingham Heart Study. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2010 [cited 2023 Aug 2];95(8):3701. Available from: </pmc/articles/PMC2913042/>
 41. Bavarsad PS, Kheiri S, Ahmadi A. Estimation of the 10-Year Risk of Cardiovascular Diseases: Using the SCORE, WHO/ISH, and Framingham Models in the Shahrekord Cohort Study in Southwestern Iran. *The Journal of Tehran University Heart Center* [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 2];15(3):105. Available from: </pmc/articles/PMC7827119/>
 42. Jahangiry L, Farhangi MA, Rezaei F. Framingham risk score for estimation of 10-years of cardiovascular diseases risk in patients with metabolic syndrome. *J Health Popul Nutr* [Internet]. 2017 Nov 13 [cited 2023 Aug 2];36(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29132438/>
 43. Graham G. Population-based approaches to understanding disparities in cardiovascular disease risk in the United States. *Int J Gen Med* [Internet]. 2014 Aug 7 [cited 2023 Aug 2];7:393. Available from: </pmc/articles/PMC4132228/>

44. Escala Framingham: una herramienta clásica de riesgo cardiovascular [Internet]. [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://blog.diabetrics.com/escala-framingham>
45. Ruiz Mori E, Segura Vega L, Agusti Campos R. Uso del score de Framingham como indicador de los factores de riesgo de la enfermedades cardiovasculares en la población peruana. *Revista Peruana de Cardiología* [Internet]. [cited 2023 Aug 2];3. Available from: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1403/Ruiz_ce.pdf;jsessionid=B32D80918F0B652047FE8DEEFCA4B1B8?sequence=3
46. Chobanian A V., Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* [Internet]. 2003 Dec [cited 2023 Aug 2];42(6):1206–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14656957/>
47. Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR, Flint AJ, Hannan L, MacInnis RJ, et al. Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. *N Engl J Med* [Internet]. 2010 Dec 2 [cited 2023 Aug 2];363(23):2211–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21121834/>
48. Guerreros A, Matsuno A, Ruiz E, Farías C, Ordoñez carlos, Rojas M, et al. Colegio medico del Perú: Guía nacional de abordaje técnico al tabaquismo. 2010 [cited 2023 Aug 2]; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1122_GRAL1364.pdf
49. D’Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation* [Internet]. 2008 Feb [cited 2023 Aug 2];117(6):743–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18212285/>
50. Siles Gonzales José. La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index Enferm vol13 no47* [Internet]. 2004 [cited 2023 Aug 2]; Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300001&lng=es
51. Melo M, de MO, Fernandes C, Lima T, Enfermagem em. Teorías de enfermería: Importancia de la correcta aplicación de los conceptos. [cited 2023 Aug 2]; Available

- from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017
52. Wade GH, Kasper N. Nursing students' perceptions of instructor caring: an instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. *J Nurs Educ* [Internet]. 2006 [cited 2023 Aug 2];45(5):162–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16722498/>
 53. Teoría Jean Watson | Investigación, Enfermería, Cuidado Humano [Internet]. [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
 54. Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *J Adv Nurs* [Internet]. 1991 [cited 2023 Aug 2];16(8):899–909. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1779078/>
 55. Nola Pender: biografía y teoría de la promoción de la salud [Internet]. [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://www.lifeder.com/nola-pender/>
 56. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borja DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. 2011 [cited 2023 Aug 1];(4). Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
 57. Behar Rivero DS. Introducción a la Metodología de la Investigación [Internet]. A. Rubeira. Editorial Shalom 2008; 2008 [cited 2023 Aug 31]. 94–40 p. Available from: <http://187.191.86.244/rceis/wp-content/uploads/2015/07/Metodolog%C3%ADa-de-la-Investigaci%C3%B3n-DANIEL-S.-BEHAR-RIVERO.pdf>
 58. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la Investigación . McGraw-Hill Interamericana Editores SA de C V., editor. México; 2018. 174–175 p.
 59. Arias FG. El proyecto de investigación Introducción a la metodología científica. In: Sexta edición. 2006 [cited 2023 Sep 6]. p. 146–25. Available from: https://tauniversity.org/sites/default/files/libro_el_proyecto_de_investigacion_de_fidias_g_arias.pdf

60. Palella Stracuzzi S, Martines Pestana F. Metodología de la investigación cualitativa [Internet]. caracas; 2006 [cited 2023 Aug 31]. 128–95 p. Available from: <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23578w/w23578w.pdf>
61. QuestionPro. Tamaño de la muestra. Qué es y cómo calcularla. [Internet]. [cited 2023 Sep 6]. Available from: <https://www.questionpro.com/es/tama%C3%B1o-de-la-muestra.html>
62. Malhotra NK. Capítulo 5: Diseño de la investigación exploratoria: investigación cualitativa. Investigación de Mercados Quinta Edición [Internet]. 2008 [cited 2023 Sep 6];140–79. Available from: <https://www.elmayorportaldegerencia.com/Libros/Mercadeo/%5BPD%5D%20Libros%20-%20Investigacion%20de%20Mercados.pdf>
63. Ipanaqué Lozada GM. Factores de riesgo a enfermedades cardiovasculares en el adulto joven del centro de salud de Tablazo Norte I-2 La Unión, Marzo 2020. Repositorio Institucional Digital [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 20]; Available from: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2808310>

ANEXOS

ANEXO I
MATRIZ DE CONSISTENCIA
FACTORES MODIFICABLES Y NO MODIFICABLES QUE INFLUYEN EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ESSALUD DE LIMA, 2023

| Formulación del problema | Objetivos | Hipótesis | Variables | Diseño metodológico |
|---|---|---|--|--|
| <p>Problema general ¿Cómo la interacción de los factores modificables influye en el incremento del riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>a. ¿Cómo la dimensión “hipertensión” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud? b. ¿Cómo la dimensión “hábitos alimenticios” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud? c. ¿Cómo la dimensión “estrés” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud? d. ¿Cómo la dimensión “consumo de tabaco” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud? e. ¿Cómo la dimensión “consumo de alcohol” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud? f. ¿Cómo la dimensión “actividad física” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud?</p> | <p>Objetivo general Determinar el grado de correlación de cómo la interacción de los factores modificables influye en el incremento del riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2024</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>a. Analizar cómo la dimensión “hipertensión” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud. b. Evaluar cómo la dimensión “hábitos alimenticios” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud. c. Analizar cómo la dimensión “estrés” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud. d. Identificar cómo la dimensión “consumo de tabaco” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud. e. Identificar cómo la dimensión “consumo de alcohol” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud. f. Evaluar cómo la dimensión “actividad física” de los factores modificables influye en el riesgo cardiovascular del personal de salud.</p> | <p>Hipótesis general Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la interacción de los factores modificables y el incremento del riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2024 Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la interacción de los factores modificables y el incremento del riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2024</p> <p>Hipótesis específicas Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “hipertensión” de los factores modificables y el riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos. Hi2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “hábitos alimenticios” de los factores modificables y el riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos. Hi3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “estrés” de los factores modificables y el riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos. Hi4: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “consumo de tabaco” de los factores modificables y el riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos. Hi5: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “consumo de alcohol” de los factores modificables y el riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos. Hi6: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “actividad física” de los factores modificables y el riesgo cardiovascular del personal de salud de una unidad de cuidados intensivos.</p> | <p>Variable independiente Factores modificables Dimensiones: Hipertensión Hábitos alimenticios Estrés Consumo de tabaco Consumo de alcohol Actividad física</p> <p>Variable dependiente Riesgo cardiovascular Dimensiones: Edad Sexo Antecedentes personales familiares Hipertensión Diabetes Sobrepeso Obesidad Dislipidemia Estrés Ansiedad Tabaquismo Actividad física</p> | <p>Tipo de investigación Investigación aplicada.</p> <p>Enfoque Cuantitativo</p> <p>Método y diseño de la investigación Método hipotético deductivo.</p> <p>Diseño No experimental de alcance descriptivo. de corte transversal y correlacional.</p> <p>Población y muestra La población estará representada por 190 profesionales de salud asistenciales. La muestra se ha obtenido con la fórmula de población finita conocida que representa a 127 profesionales de salud asistenciales.</p> |

ANEXO II

INSTRUMENTO I

Identificación de factores de riesgo modificables para enfermedad cardiovascular en personal de enfermería elaborado por (Luna, Maira Colombia 2010) y aplicado por Ipanaqué , Graece Perú 2020

Datos generales

Código_____ Genero _____ Edad_____

Cargo que desempeña_____ Sala en que labora_____

Antigüedad en el servicio___ Turno en el cual trabaja: Diurno_____ Noche_____ Ambos_____

Antecedentes familiares

Alguien en su familia ha sufrido de enfermedad coronaria SI_____ NO_____

Padre _____ Madre _____ Hermanos_____

Datos antropométricos

Peso_____ Talla_____ IMC_____ Interpretación _____

Cifras de presión arterial

PAS_____ PAD_____

DIMENSIONES

| HIPERTENSION | | | |
|--|----------------|---------------|--------------|
| ITEMS | SIEMPRE | AVECES | NUNCA |
| 1.- Considera necesario realizar controles de su presión arterial | | | |
| 2.- Ha tenido controles altos de presión arterial en su trabajo | | | |
| 3.- Es usuario de tratamiento antihipertensivo | | | |
| HÁBITOS ALIMENTICIOS | | | |
| 4.- Consume diariamente verduras en su dieta | | | |
| 5.- Consume diariamente grasa saturada (papas fritas, carne frita, salsas) | | | |
| 6.- Consume una dieta baja en sal | | | |
| 7.- Consume aceite de oliva en sus comidas | | | |
| 8.- Cuando va a consumir los alimentos usted le agrega un poco más de sal | | | |
| 9.- En su jornada laboral usted consume alimentos saludables | | | |
| 10.- En su jornada laboral usted consume alimentos no saludables (gaseosa, galletas, pollo a la brasa, nuggets, churros, hamburguesas) | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 11.- Conoce o ha conocido sus valores de triglicéridos y colesterol | | | |
| ESTRÉS | | | |
| 12.- Tiene una jornada laboral superior a 12 horas diarias | | | |
| 13.- Trabaja únicamente en una institución hospitalaria | | | |
| 14.- Realiza otras actividades diferentes a la laboral que generen en usted estrés | | | |
| 15.- Duerme usted menos de 6 horas diarias | | | |
| 16.- Con qué frecuencia presenta agotamiento emocional en su jornada laboral | | | |
| 17.- Con qué frecuencia presenta cansancio durante su jornada laboral | | | |
| 18.- En su jornada de 12 horas nocturnas se toma el tiempo de retorno venoso para descansar. | | | |
| 19.- Considera que su trabajo le genera situaciones de estrés | | | |
| 20.- Con qué frecuencia percibe baja realización personal en su trabajo | | | |
| CONSUMO DE TABACO | | | |
| 21.- Consume cigarrillo | | | |
| 22.- Consume cigarrillo durante su jornada laboral | | | |
| 23.- Consume cigarrillo en reuniones sociales | | | |
| 24.- Aumenta el consumo de cigarrillo en situaciones que le generan estrés o ansiedad. | | | |
| 25.- Disminuye el consumo de cigarrillo en situaciones que le generan estrés o ansiedad. | | | |
| 26.- Consume otro producto de tabaco diferente al cigarrillo como pipa o puros | | | |
| CONSUMO DE ALCOHOL | | | |
| 27.- Diariamente usted acompaña sus comidas con vino | | | |
| 28.- En reuniones sociales consume licor | | | |
| 29.- Consume licor hasta a embriaguez | | | |
| ACTIVIDAD FÍSICA | | | |
| 30.- Camina mínimo 30 minutos diariamente fuera de su lugar de trabajo | | | |
| 31.- Asiste al gimnasio | | | |
| 32.- Realiza ejercicio cardiovascular (aeróbicos, caminata, spinning, etc.) | | | |
| 33.- Salir a caminar o correr le resulta cansado | | | |
| 34.- Con qué frecuencia usa las escaleras en el hospital | | | |

ANEXO III

INSTRUMENTO II

Score de riesgo cardiovascular Framingham

Evaluación del riesgo para estimar la probabilidad de desarrollo de enfermedad cardiovascular a 10 años (instrumento aplicado en el 2019 por Rojas, R)

Código Fecha Hora

Datos sociodemográficos y antropométricos

Sexo Cargo Grasa corporal %

Peso Kg IMC Kg/m² Circunferencia de cintura cm

Datos score Framingham

Edad años Colesterol total mg/dl

HDL colesterol mg/dl Fumador Si No

Presión sistólica mmHg Diabetes Si No

Presión diastólica mmHg Familiar con diabetes Si No

Presión de pulso mmHg Presión arterial media mmHg

¿Está tomando alguna medicación para la presión? Si No

Datos de laboratorio

Glucosa mg/dl Triglicéridos mg/dl

LDL-col mg/dl HbA1c %

DHEAS ng/ml

Modelo matemático para el calculo de riesgo cardiovascular según score framingham

$$\begin{aligned} \text{Risk factor} = & (\ln(\text{edad}) \times \text{age factor}) + (\ln(\text{colesterol total}) \times \text{totalchol factor}) \\ & + (\ln(\text{colesterolHDL}) \times \text{HDLchol factor}) \\ & + (\ln(\text{presion sistolica}) \times \text{SysBp factor}) + \text{fumar} + \text{diabetes} \\ & - \text{Avg Risk} \end{aligned}$$

$$\text{Risk} = 100 \times (\text{factor periodo de riesgo} \times e^{(\text{Risk factor})})$$

Notas:

- Este riesgo está basado en un modelo de regresión de Cox de proporción de riesgo.
- La predicción del riesgo cardiovascular basado en el Score de Framingham incluye las siguientes patologías cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica e infarto agudo de miocardio.

Factores de corrección género femenino

Age Factor = 2.32888; Total Chol Factor = 1.20904; HDL Chol Factor = -0.70833; SysBp factor = 2.76; Avg Risk = 26.1931 y Risk Period Factor = 0.95012

Factores de corrección género masculino

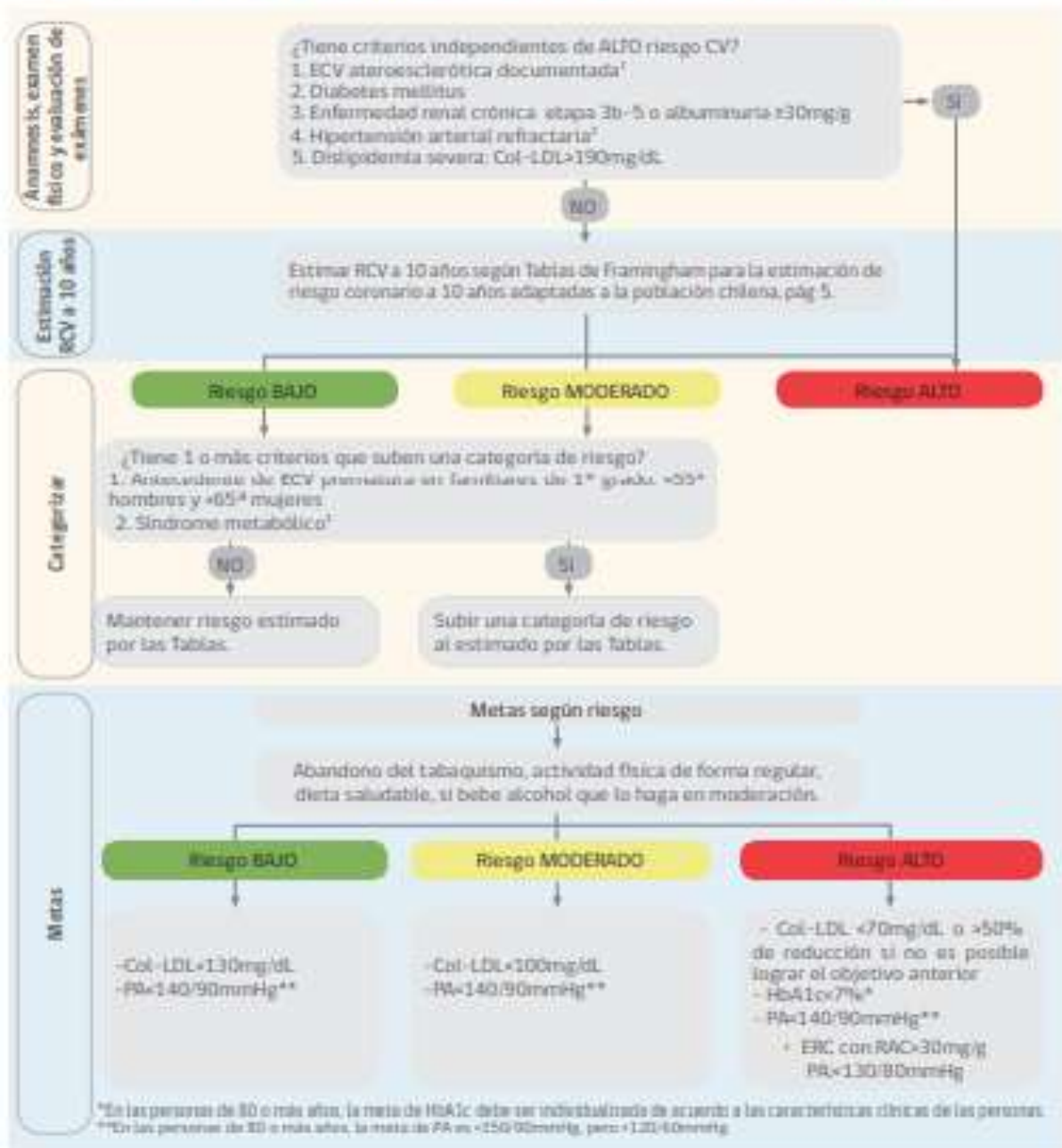
Age Factor = 3.06117; Total Chol Factor = 1.12370; HDL Chol Factor = -0.93263; SysBp factor = 0.65; Avg Risk = 23.9802 y Risk Period Factor = 0.88936

Categorías de riesgo cardiovascular

- Riesgo bajo: < 10%
- Riesgo intermedio: 10 – 20%
- Riesgo alto: > 20%

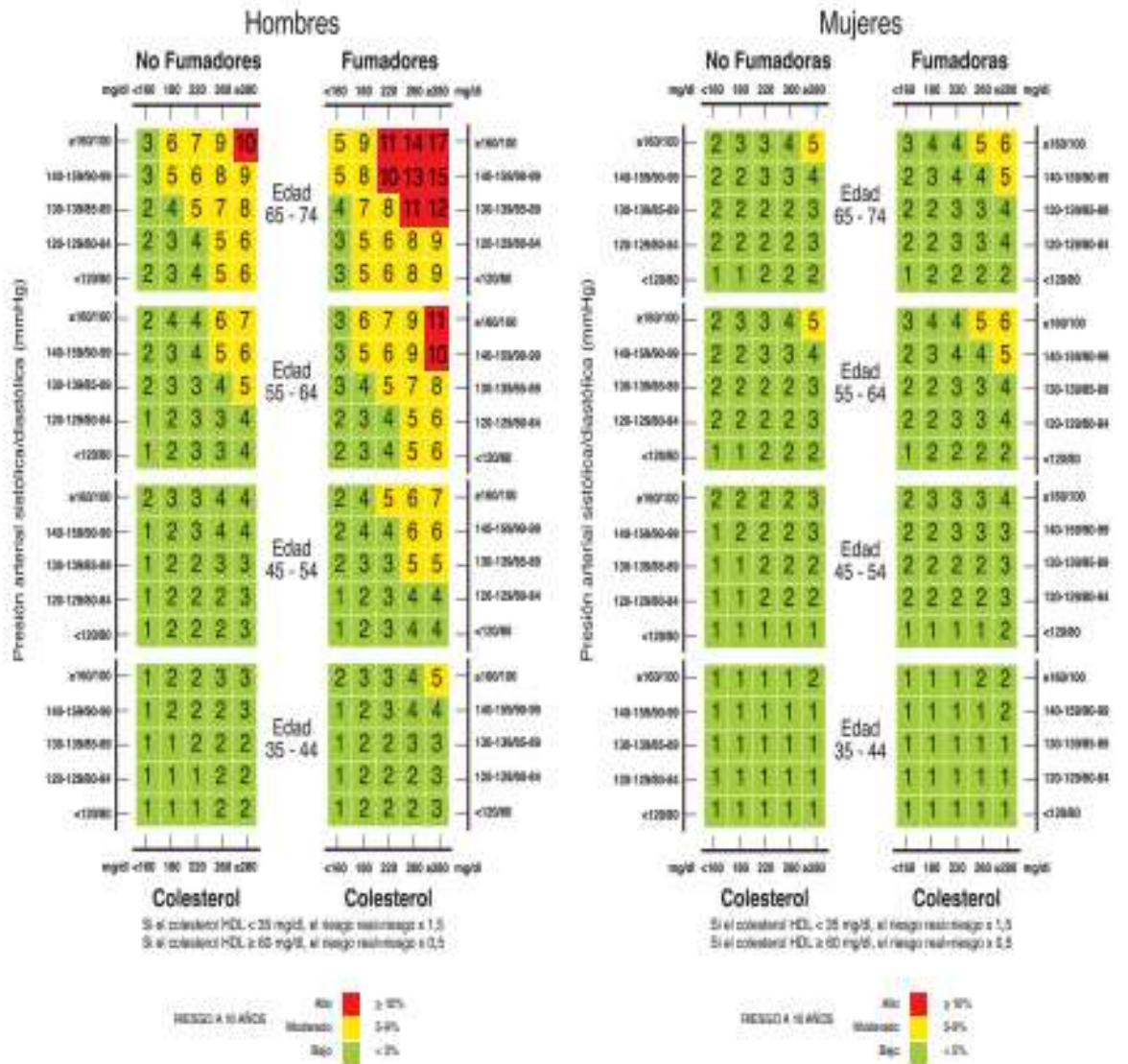
Evaluación del Riesgo Cardiovascular

ALGORITMO 1. ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR



¹ ECV ateroesclerótica documentada: IAM, angina estable/inestable, antecedente de angoplastia y/o bypass aorto-coronario, RCV o AC, enfermedad arterial ateroesclerótica, EAF.
² HTA refractaria: no se logra la meta de PA con el uso de ≥ 3 fármacos antihipertensivos en dosis máxima recomendada, de diferentes familias y acciones complementarias, uno de los cuales es un diurético, o el paciente logra la meta con 2-4 o más fármacos antihipertensivos.
³ Síndrome metabólico: definido por la presencia de ≥ 3 criterios: CC HbA1c ≥ 5.7 en hombres y ≥ 6.0 en mujeres, PA $\geq 130/85$ mmHg o en tratamiento con antihipertensivos, TC ≥ 150 mg/dL o en tratamiento con hipolipemiantes, HDL < 40 mg/dL hombres o < 50 mg/dL en mujeres, glicemia de ayuno ≥ 100 mg/dL o en tratamiento.

Tablas de Framingham para la estimación de riesgo coronario a 10 años adaptadas a la población chilena



Alternativamente, se puede estimar el riesgo coronario a través del simulador automático en línea, disponible en la página web del Programa de Investigación de Factores de Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares (<http://pifrecv.uta.cl/him/simulador/simulador.php>) o a través de la aplicación para teléfonos inteligentes del Programa de Salud Cardiovascular.

ANEXO IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigador: Raquel Morales Pantoja

Título: “Factores modificables y no modificables que influyen en el riesgo cardiovascular del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos de Essalud”

Se le invita a participar del estudio correlacional, que tiene como objetivo “Determinar cómo los factores modificables y no modificables influyen en el riesgo cardiovascular del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos de Essalud”. El estudio ha sido desarrollado bajo el esquema del proyecto de la Universidad Privada Norbert Wiener, teniendo como investigador a la Lic. Raquel Morales Pantoja, alumna de la segunda especialidad en cardiología y cardiovascular, tiene como propósito determinar el riesgo cardiovascular a 10 años aplicando el Score Framingham, con su aplicación se obtendrán resultados y se emitirá recomendaciones, los mismo que servirán para futuras investigaciones. Si opta por ser parte del estudio, se le aplicará dos instrumentos con un tiempo de duración de 30 minutos aproximadamente, los resultados podrán ser entregados a su persona o almacenados en una base de datos respetando su privacidad.

Riesgos: Participar del estudio no representa ningún riesgo para su salud física, biológica, psicología y espiritual, ni le ocasionará ningún gasto económico, del mismo modo que toda la información obtenida sólo será conocida por el investigador y por ningún motivo serán divulgados en forma individual, sólo se presentarán en forma grupal y con fines estrictamente académicos.

Beneficios: Participar del estudio aportará un beneficio para su salud, conocerá si presenta riesgo cardiovascular a 10 años, y que factores inciden prioritariamente en los que debe trabajar para corregir, disminuir o eliminar, optar por el acompañamiento de otros profesionales de la salud en el logro de sus objetivos, el fomento de los estilos de vida saludable.

Costos e incentivos: Su participación no representará un gasto económico a su persona, de igual forma no se le entregará incentivo económico alguno u de otro tipo.

Confidencialidad: A sus datos se le asignará un código y serán almacenados en una base de datos con contraseña, que serán de conocimiento exclusivo del investigador, si llegaran a ser publicados, serán presentados sin identificación y con fines exclusivos del estudio.

Derechos del paciente: Si por alguna razón no se siente cómodo durante la ejecución, puede optar por retirarse del estudio en el momento que lo desee, sin que ello lo perjudique. Si hubiera alguna inquietud o incomodidad, comuníquese con la investigadora Raquel Morales Pantoja al número 981443228 o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comite.etica@ uwiener.edu.pe

Consentimiento: Con mi firma doy mi consentimiento de participación al estudio, de igual forma entiendo que puedo decidir no participar a pesar de haber firmado y poder retirarme cuando lo vea conveniente, se me ha informado que se me proporcionara una copia firmada de participación de este documento.

Participante
Nombres:
DNI:

Investigador
Nombres:
DNI:




16% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

| | | | |
|----|---------------------|---|-----|
| 1 | Internet | repositorio.uwiener.edu.pe | 4% |
| 2 | Trabajos entregados | Universidad de San Martín de Porres on 2015-11-30 | <1% |
| 3 | Internet | www.coursehero.com | <1% |
| 4 | Internet | repositorio.ucv.edu.pe | <1% |
| 5 | Internet | scielo.isciii.es | <1% |
| 6 | Internet | hdl.handle.net | <1% |
| 7 | Trabajos entregados | Universidad Científica del Sur on 2019-05-23 | <1% |
| 8 | Trabajos entregados | Universidad Wiener on 2023-11-27 | <1% |
| 9 | Internet | repository.javeriana.edu.co | <1% |
| 10 | Trabajos entregados | uwiener on 2024-01-11 | <1% |
| 11 | Trabajos entregados | Universidad Wiener on 2024-10-19 | <1% |