



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Influencia de los factores de riesgo cardiovascular en la prevalencia
de malos hábitos de vida saludable

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano**

AUTORA:

Huaman Guerra, Arlen Sandra (ORCID: 0000-0002-7904-9055)

ASESOR:

DR. Bazan Palomino Edgar Ricardo (ORCID:0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no transmisibles

PIURA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mis padres Alex y Marleni, los pilares de mi vida, por ser la fuerza detrás de todo este camino.

A mi abuelo Escomel Guerra, que en vida fue y será el ser máspreciado que existe en mi ser.

A mi hermano por ser el mejor aliado ante toda adversidad y aventura.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de tener una vida y saber aprovecharla al máximo, me diste fuerzas y valor para seguir este camino lleno de sacrificios.

A mis padres por su inmenso apoyo, amor y confianza que me permiten lograr mis estudios ante todo aspecto. Por nunca faltarme nada gracias a ellos y por los sacrificios que hicieron para con mi persona.

INDICE

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del Jurado.....	iv
Índice.....	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Realidad problemática.....	9
1.2 Trabajos previos.....	12
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	15
1.4. Formulación del problema.....	26
1.5 Justificación.....	26
1.6 Objetivos.....	27
II.MÉTODO	28
2.1 Diseño de estudio de investigación.....	28
2.2 Variables Operacionalización.....	28
2.3 Población y muestra.....	28
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	29
2.5 Métodos de análisis.....	30.
2.6 Aspectos éticos.....	31
III.RESULTADOS.....	26
IV. Discusión.....	27
V. Conclusiones.....	40
VI. Recomendaciones.....	41
VII. Referencias bibliográficas	

RESUMEN

Objetivo: Determinar si el conocimiento de factores de riesgo cardiovascular influye en la prevalencia de malos hábitos de vida saludable en estudiantes del sexto y séptimo año de la Escuela de Medicina de la Universidad Privada Cesar Vallejo entre abril y julio del 2019.

Métodos: Observacional, analítico de corte transversal.

Resultados: La muestra estuvo constituida 144 estudiantes que cursaron del sexto y séptimo año de la carrera de Medicina observar qué las pacientes estudiantes que aprobaron los conocimientos presentan malos hábitos en el 63.9% y los que no aprobaron presenta malos hábitos en el 12.5% estableciéndose una independencia estadística entre ambas variables sin embargo el riesgo es significativo teniendo en consideración que aquellos que no aprobaron la prueba de conocimientos sobre factores de riesgo cardiovasculares presentan a pesar de ello malos hábitos en 2.44 veces más riesgo. dentro de los factores y reconoce a la enfermedad cardiovascular como causa de morbilidad si lo reconocen en el 56.9% y no lo realizan en el 19.4% ambas variables no están relacionadas entre sí sin embargo el riesgo de no reconocer y malos hábitos está presente en 1.6 veces más riesgo.

Conclusiones: La prevalencia de buenos conocimientos sobre los agentes de riesgo cardiovasculares en estudiantes de medicina se presenta con buenos hábitos de vida saludable en el 68% aproximadamente.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular, hábitos, Vida saludable

ABSTRACT

Objective: To determine if the knowledge of cardiovascular risk factors influences the prevalence of poor healthy lifestyle habits in sixth and seventh year students of the Cesar Vallejo Private University School of Medicine between April and July 2019.

Methods: Observational, analytical cross section.

Results: The sample consisted of 144 students who attended the sixth and seventh year of the Medicine career, observe that the female patients who passed the knowledge have bad habits in 63.9% and those who did not pass have bad habits in 12.5%, establishing a statistical independence between Both variables, however, the risk is significant considering that those who did not pass the knowledge test on cardiovascular risk factors, nevertheless, present bad habits at 2.44 times more risk. within the factors and recognizes cardiovascular disease as a cause of morbidity if they recognize it in 56.9% and do not do it in 19.4%, both variables are not related to each other, however the risk of not recognizing and bad habits is present in 1.6 times more risk.

Conclusions: The prevalence of good knowledge about cardiovascular risk agents in medical students is presented with good healthy lifestyle habits in approximately 68%.

Keywords: Cardiovascular risk, habits, healthy life

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Realidad Problemática

Las ECNT, son patologías que tienen una duración larga y pueden originarse por una combinación de diversos factores, ya sea ambientales, fisiológicos y conductuales. Las principales patologías, son las de origen cardiovascular (como IMA o ACV), luego el cáncer, seguido de las patologías respiratorias crónicas (como el asma o EPOC) y al final la diabetes mellitus. Estas enfermedades afectan principalmente a aquellos países que tienen ingresos medios o bajos, donde se ha visto un promedio de 32 millones de defunciones por estas ECNT. (1)

Las ECNT en la época actual vienen a ser problemas importantes que afrontan a nivel global los sistemas de salud. Según la OMS tanto la mortalidad como la morbilidad por estas enfermedades continúan aumentando año tras año, ya sea porque la esperanza de vida ha aumentado, así como también porque se ha visto aumentado en edades activas de la vida. En el año 2020, la Organización Mundial de la Salud alerta sobre el aumento que podría ser aun mayor en los siguientes años. Que se van a dar por diferentes razones como: el costo monetario aumentado por hospitalizarse, por su terapia médica, y su rehabilitación que se da posteriormente, también por su aporte a las defunciones de la población general, y por qué son una de las causas que dan más frecuentemente discapacidad. (2)

Cuando se realizó la ASSA 2030, en el objetivo 9 de esta agenda, propuso el objetivo de disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles, así como también las discapacidades que estas provocan, aunque todo esto se puede desarrollar con la promoción de la salud y la disminución en cuanto a los riesgos, su terapia o tratamiento, y observación; pero todo este proceso se ha visto influenciado en el último año por la aparición de la infección por covid-19, en donde vemos que los pacientes que sufren de una ECNT y tienen una edad mayor de 60 años, son los más susceptibles y tienen una aumentada mortalidad de por lo menos 10 veces el riesgo. (2)

Se ha visto que tanto los niños como los adultos y ancianos, son susceptibles a los factores de riesgo que pueden ayudar a desarrollar una ECNT, como el sedentarismo y la mala alimentación, que pueden favorecer a la aparición de un incremento tanto de la glucosa, y las formas de colesterol a nivel sanguíneo, así como también la obesidad y la presión arterial aumentada, y a todo esto pudiendo llevar a la aparición de patologías de origen cardiovascular, que es la principal ECNT que causa las defunciones prematuras. (1)

También se ha visto que, aparte de haber factores de riesgo metabólicos, también hay factores de comportamiento, que se pueden modificar y de esta manera evitar una ECNT, en donde tenemos a la exposición del humo del tabaco y la ingesta nociva de bebidas alcohólicas. Se ha determinado que la ingesta del humo de tabaco produce un promedio de 7,2 millones de defunciones al año, y se ha evaluado que estas cifras pueden continuar incrementando al pasar los años; en cuanto a la ingesta de alcohol se le atribuyen un aproximado de 3,3 millones de defunciones al año. (1)

También debe tenerse en cuenta que las ECNT tienen un impacto importante en la calidad de vida de las personas, sobre todo en los adultos mayores, y que puede afectarlos tanto emocionalmente como físicamente. La calidad de vida relacionada con la salud se encuentra más impactada por la misma enfermedad en sí, pero además hay estados intrínsecos o extrínsecos que también influyen en su vida. En donde tenemos al ingreso económico, calidad del ambiente en donde viven, sobrepeso u obesidad, ingesta excesiva de alcohol o tabaco, el aumento de la edad al pasar de los años, o si es que padece de varias ECNT, todos estos factores tanto intrínsecos como extrínsecos tienen un impacto negativo en la calidad de vida de las personas de edad avanzada. (3)

Los factores de riesgo adicionales más comunes son diabetes, trastornos lipídicos (colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos elevados, sobrepeso-obesidad y síndrome metabólico, así como hábitos de vida poco saludables. La presencia de uno o más factores de riesgo cardiovascular adicionales aumenta proporcionalmente el riesgo de enfermedades coronarias, cerebrovasculares y renales en pacientes hipertensos. (4)

Edad: El efecto de la edad sobre el sistema cardiovascular está bien establecido. El envejecimiento arterial parece ser proporcional al envejecimiento corporal, lo que conduciría a un aumento de la rigidez arterial, elevando así los niveles de presión arterial y, en consecuencia, el riesgo de eventos cardiovasculares. Se ha determinado un aumento progresivo de la mortalidad por infarto agudo de miocardio con la edad, con mayor mortalidad en hombres en comparación con mujeres. (5)

Obesidad: La obesidad y especialmente la obesidad central aumentan el riesgo de eventos cardiometabólicos al favorecer, entre otras consecuencias, aumento de la presión arterial, resistencia a la insulina, diabetes, LDL y triglicéridos elevados y niveles más bajos de HDL. (5)

Presión arterial elevada: El papel central de los niveles de PA también ha sido demostrado por investigaciones en las que la PA ha aumentado durante el tratamiento y ha provocado eventos de enfermedad cardiovascular (ECV). La estimación de la alta contribución de la PA a la causa de ECV ha aumentado progresivamente a medida que han evolucionado la definición de hipertensión y las técnicas analíticas. El daño vascular, cardíaco y renal es el resultado de una carga vascular excesivamente alta de elevaciones latido a latido de la PA durante períodos prolongados. (6)

Hiperuricemia: El ácido úrico sérico elevado es común en pacientes con hipertensión y debe tratarse con dieta, fármacos que influyen en los uratos (losartán, fibratos, atorvastatina) o fármacos reductores de uratos en pacientes sintomáticos. (4)

Tabaquismo: El tabaquismo, tanto activo como pasivo (es decir, el humo de segunda mano), aumenta la incidencia de todas las fases de la aterosclerosis, desde la disfunción endotelial hasta varios tipos de ECV. Más de 7.000 sustancias químicas, incluidas la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono, contribuyen al desarrollo de ECV a través del aumento de la frecuencia cardíaca y la contractilidad del miocardio, inflamación, deterioro endotelial, formación de trombos y disminución de los niveles séricos de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad. (7)

I.2. Trabajos previos

Antecedentes Internacionales

Xia K, Yoth L, Mehtus D, et al. 2021. China. Los autores proponen como fin de su trabajo comparar la influencia que tiene el conocer los determinantes de riesgos cardiacos y vasculares en alumnos de la carrera de medicina de diferentes años. La investigación fue transversal, descriptiva, correlacional, de tipo cohorte. La población de estudio fue de 234 personas. Se aplicaron encuestas para obtener los resultados. Estos últimos fueron que los conocimientos necesarios para realizar un diagnóstico de SICCA fueron bajos en relación a los profesionales de medicina. La edad promedio del estudio fue de 34 años. El sexo que más prevaleció fue el masculino. El peso estimado en toda la población fue de 74 kilogramos en promedio, el IMC fue de 20 en promedio. La relación de hábitos alimentarios fue que, con frecuencia, los alimentos más consumidos fueron las verduras y las frutas pero solo 2 veces por semana, la práctica de ejercicios físicos fue de 30 minutos al día por 3 veces a la semana. La conclusión del trabajo fue que el consumo de tabaco, alimentos ricos en grasas incrementó el riesgo de padecer enfermedades crónicas como presión arterial alta, diabetes mellitus, dislipidemias, entre otras. Además, recomiendan cambiar los estilos de vida para reducir enfermedades prevalentes en nuestro medio. (8)

Barrera D. 2019. Bogotá. Los autores del trabajo de investigación proponen como fin de su investigación establecer si los determinantes de riesgo cardiacos, vasculares y los niveles de calidad de vida en padres de un club de la ciudad. La investigación es transversal, analítica y observacional. La población estudiada fue de 65 personas del sexo femenino y 35 personas del sexo masculino. Se aplicó una encuesta para poder evaluar las variables de estudio. Los resultados de la investigación fueron que la edad promedio fue de 37 años, las mujeres tuvieron una talla promedio de 1.60 m, mientras que los hombres mostraron una talla promedio de 1.71m. El peso estimado en pacientes del sexo masculino fue de 71 y las mujeres tuvieron un peso de 62.2 kilogramos. El índice de masa corporal fue similar tanto para hombres como para mujeres. La conclusión del trabajo fue que los principales determinantes de riesgo en padres del club

estuvieron dados por el peso, el IMC, el índice de cadera y cintura y la grasa corporal. (9)

Tsai M, Lee C, Tseng P, Chien K, et al. 2020. Japón. Los autores de este trabajo de investigación plantearon como propósito establecer la relación entre los determinantes combinados de la calidad de vida, incluida la alimentación saludable, el consumo de alcohol en grado moderado, el no consumir tabaco, la práctica de ejercicio físico y el peso adecuado entre los adultos mayores y los adultos jóvenes. Se llevó a cabo un trabajo de revisión sistemática, en la cuál se incluyeron diferentes bases de datos de internet que incluyen ciencias médicas. La población estudiada fue de 23 investigadores. Los resultados obtenidos fueron que la población que llevaba a cabo una alimentación saludable presentaba menos riesgo de patologías cardíacas como la enfermedad cardíaca vascular (IC 95%, OR 1.9991), la edad promedio encontrada fue de 55 años. El riesgo de sufrir de patologías cardíacas incrementa con la edad y con los malos hábitos alimenticios (IC 95%, $p=0.002$). La conclusión del estudio fue que los individuos más jóvenes presentan un beneficio aumentado para prevenir patologías cardiovasculares, siguiendo un plan de alimentación saludable. (10)

Antecedentes Nacionales

Salazar W. 2021. Lambayeque. El autor de la tesis planteó como fin de su trabajo de investigación analizar los determinantes de riesgo cardíacos y vasculares en alumnos de la universidad particular de la ciudad. La población de estudio fue de 35 estudiantes. La investigación fue analítica, transversal, observacional. Los resultados obtenidos fueron que, del total de la población analizada, 20 alumnos refirieron consumo de bebidas alcohólicas, 5 alumnos manifestaron no realizar ningún tipo de actividad física y el resto de alumnos presentó un IMC mayor a 25 por lo que se les calificó como alumnos con sobrepeso. Además, se encontró que la gran mayoría de alumnos tenía hipertensión arterial, con especial énfasis en alumnos mayores a 18 años que tenían niveles altos de glucosa, un excesivo consumo de alcohol, tabaco, un peso mayor al esperado para su edad y una vida con una actividad física menor a la esperada para sus edades. Se encontró también una prevalencia elevada, de aproximadamente el 80% de alumnos con determinantes de riesgo para enfermedades cardíacas y vasculares. Concluyen

que es importante y necesario crear estrategias para adoptar medidas saludables en cuanto a la vida y prevenirlas del mismo modo. (11)

Yaguachi R. Lima. 2021. La autora propuso como fin de su trabajo de investigación establecer la asociación entre el riesgo cardíaco y vascular y el estilo de vida en trabajadores de un hospital de la ciudad. La investigación fue no experimental, cuantitativa, descriptiva, de tipo cohorte y correlacional. Los resultados de la investigación arrojaron que más de la mitad de la población de estudio refirió un consumo inadecuado de alimentos, alcohol y tabaco. Además, se encontraron altos niveles de estrés. Con respecto al IMC, entró el 28% de pacientes con IMC mayor a 25. Se aplicaron encuestas para establecer el riesgo, encontrándose que la mayoría presentó un riesgo bajo para el desarrollo de patologías cardíacas y vasculares. Como conclusión del presente trabajo se presentó que los estilos de vida saludables están asociados a una baja probabilidad de determinantes cardíacos y vasculares; pese a ello un porcentaje pequeño de la muestra mostró indicadores de medidas corporales normales. (12)

Antecedentes Locales

Mejía M, Mercedes L. 2018. Piura. Los autores plantearon como fin de su trabajo establecer si el conocimiento que tienen los alumnos del tercer y sexto año de la escuela de medicina tienen sobre los determinantes de riesgo cardiovascular influyen en la incidencia de hábitos poco saludables. La investigación es transversal, analítica, observacional. La muestra estuvo conformada por 189 personas. Los resultados obtenidos fueron que, del total de la población estudiada, el 76% presentaba criterios de una vida saludable debido a sus hábitos de vida. Se les aplicó un test a los estudiantes de medicina y se obtuvo que el 85% aprobó el examen respecto a los determinantes de riesgo cardíacos y vasculares en el 85% con un nivel de significancia de 0.004. La edad promedio fue de 19 años por malos hábitos alimentarios. El excesivo consumo de alcohol se mostró en el 76% de la población, la poca realización de actividad física fue de 38%, el consumo de tabaco fue del 19%. La conclusión del trabajo fue que, los alumnos del tercer al sexto año de la escuela de medicina tienen un nivel de conocimiento sobre los determinantes de riesgo para enfermedades cardíacas y vasculares deficiente. Es necesario actuar y proponer situaciones de conciencia

para mejorar la calidad de vida de los universitarios de medicina y modificar las conductas de riesgo. (13)

Castillo G. 2019. Piura. La finalidad que proponen estos autores es plantear un plan de comunicación para proponer un hábito de vida saludable, elaborado en base a constructos sociales con el único fin de prevenir diabetes en personas cuyas edades están comprendidas entre los treinta y cuarenta y cuatro años. La investigación fue mixta, descriptiva, transversal. La población de estudio fue de 215 individuos con edades entre 30 y 44. Los resultados de la investigación fueron que más de la mitad de la población fueron del sexo masculino, cuyo peso va de 83 a 88 kilogramos, la talla varía de 1.65 a 1.71; la edad promedio fue de 43 años. Los hábitos de alimentación fueron que la mitad de la población no consumía agua, tampoco realizaba ejercicios físicos, no realizaban ningún tipo de ejercicio físico. La investigación concluye que es necesario planificar cambios en la vida de las personas, en cuanto a los hábitos alimenticios para prevenir comorbilidades como diabetes mellitus. (14)

I.3. Teorías relacionadas con el tema

Actividad física:

El ejercicio físico es considerado una herramienta indispensable para mantener un equilibrio entre el estado físico y mental de una persona, logrando reducir patologías. Realizar la recomendación mínima en cuanto a los ejercicios físicos de la OMS ha mostrado alargar la esperanza de vida, pese a ello, el sedentarismo está presente cada día y en un aumento positivo. (8)

Se conceptualiza como cualquier situación que ejerza movimiento del cuerpo dada sobre todo por los músculos esqueléticos, esta situación expedirá necesariamente gasto de energía. Estos ejercicios pueden ser tan simples como movilizarnos de un ambiente a otro. No es lo mismo decir ejercicio físico que actividad física, el primero hace referencia a un conjunto de actividades físicas que son organizadas y planificadas con el propósito de sostener una rutina. (7,10)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció, en sus últimas recomendaciones, que las personas con edades entre cinco y dieciocho realicen actividad física con una intensidad de moderada a severa durante al menos 60 minutos al día. La población cuya edad sea menor a 6, deben permanecer en movimiento constante con un tiempo mínimo de 3 horas/día. En caso de un paciente sano, recomendar realizar actividad física con una duración mínima a 40 minutos. (9)

Existe otro lado diferente a la realización de actividad física, la cual es el sedentarismo. En este modo, la persona no realiza la recomendación establecida por la OMS, provocando una alteración del balance de energía entre ingesta y gasto, provocando enfermedad de daños no transmisibles y obesidad. (10)

Beneficios Actividad física:

Dentro de lo mínimo, al ser una disciplina, obliga a la persona a separar reglas, personas con autoridad en el hogar, dejar atrás la timidez y hablar todos los días para fortalecer nuestros músculos fáciles.

En el caso de los neonatos, se necesita una mayor evidencia para establecer los beneficios. Sin embargo, en los 4 primeros años de vida se considera que la alimentación y la falta de ejercicio físico son costumbres saludables y permite que los niños crezcan con un plan distribuido entre el colegio, el tiempo entre amigos, entre otros. En los niños de etapa preescolar y escolar se evidencia una reducción de la actividad física. (15)

Existen habilidades básicas motoras, que se presentan en el caso de una paciente con obesidad o sobrepeso, estas habilidades incluyen disminuir la cantidad de tejido adiposo en el espacio celular subcutáneo (tratamiento correctivo y terapéutico). (8,11)

Los beneficios por órganos van desde el aspecto psicológico hasta el aspecto neurológico; disminuye enfermedades por accidente cerebrovascular, reduce la depresión, mejora la memoria, disminuye el riesgo de patologías coronarias, entre otras. Hay también beneficios en el sistema endocrino y musculares. La

revisión de literatura mostró una reducción de incidencia de neoplasias en la actualidad. (7,15)

Recomendaciones que brinda la OMS sobre la actividad física

En el año 2019 la OMS convocó a un grupo de profesionales de la salud pública para formar parte del Grupo de Desarrollo de Directrices (GDG) para las Directrices de 2020 sobre Actividad Física y Comportamiento Sedentario, el cual estuvo compuesto por 27 expertos en actividad física de disciplinas seleccionadas (epidemiología, fisiología, comportamiento de salud, etc.), así como también responsables políticos y usuarios finales de las recomendaciones y fue equilibrado por región global y por género.

La GDG estuvo encargada de analizar la evidencia científica y ofrecer asesoría a la OMS acerca de la cantidad de ejercicio físico y la conducta sedentaria asociada con una salud óptima tanto en infantes como en adolescentes, adultos jóvenes, adultos mayores y específicamente, en mujeres gestantes y en posparto, y aquellas con discapacidades o enfermedades crónicas. Estas Guías de 2020 reemplazan las recomendaciones publicadas por la OMS en 2010, ya que incluyen la evidencia más actual disponible a lo largo de un curso de vida más amplio.

Las directrices para los adultos van a incluir sugerencias sólidas que se basan en la evidencia general acerca de los niveles semanales de ejercicio físico aeróbico y de fortalecimiento muscular. Los beneficios de los ejercicios físicos se van a observar en niveles semanales alrededor de 150 a 300 minutos de intensidad moderada o 75 a 150 minutos de intensidad vigorosa, o una combinación equivalente de ambas. El rango semanal de actividad física aeróbica sugerida es una diferencia en comparación con las recomendaciones propuestas durante el año 2010 que solo sugería umbrales semanales mínimos.

Existe evidencia de certeza moderada de una asociación dosis-respuesta curvilínea entre el volumen de actividad física y algunos resultados de salud, como la mortalidad por todas las causas y enfermedades cardiovasculares (ECV), y el cáncer y la diabetes incidentes. Los beneficios para la salud ocurren

con niveles de actividad física por debajo de las recomendaciones, lo que respalda la afirmación de que algo de actividad física es mejor que nada. Más actividad física es mejor, aunque los beneficios relativos tienden a disminuir a niveles más altos de actividad física.

Sin embargo, no es posible especificar los niveles de actividad física donde comienzan los rendimientos decrecientes. Por esta razón, la nueva recomendación de que los volúmenes de actividad física aeróbica superiores a 300 minutos de actividad de intensidad moderada por semana, o 150 minutos de actividad de intensidad vigorosa por semana tienen beneficios adicionales para la salud, está clasificado como condicional.

Más allá de la actividad física aeróbica, se obtendrán beneficios adicionales para la salud a través de la participación en actividades de fortalecimiento muscular a una intensidad moderada o mayor durante 2 o más días a la semana, una recomendación sólida respaldada por evidencia de certeza moderada.(16,17)

Adulto

Nassar et al. definen adulto como aquel ser humano que desde un punto de vista biológico ha completado su desarrollo orgánico, desde el punto de vista económico tiene solvencia e independencia financiera; y desde el enfoque psicológico tiene la capacidad de ser responsable de sus actos y de aportar en el medio en el que convive. Además, van a clasificar al adulto en 3: el adulto joven que va desde los 18 a 25 años, adulto medio que va desde los 26 a 45 años y adulto tardío de 45 a 64 años.

El adulto joven se clasifica como una etapa de transición donde la persona va asumiendo responsabilidades del adulto, pero aún no se logra la independencia o la solvencia económica que le permita prescindir del apoyo de sus padres. El adulto medio, es una etapa donde hay mayor productividad personal y laboral, siendo bastante influenciado por la autoestima y la personalidad de la persona. Por último, el adulto tardío ya la persona está en el cierre de su desarrollo y va apareciendo la andropausia, menopausia, adaptación a inminente vejez y jubilación.

Es decir, la etapa de la adultez no se va a presentar de manera súbita, sino va a tener un desarrollo progresivo, esto asociado a la apropiación de un pensamiento introspectivo y fortalecimiento de la personalidad, en concordancia con el desarrollo satisfactorio de cada una de las etapas de la vida.(18,19)

Beneficios de la actividad física

La actividad física proporciona a las personas beneficios para la salud física, por ejemplo, mejora de la capacidad funcional, disminución del riesgo de enfermedades, mejora de la composición corporal y pérdida de peso. Las revisiones anteriores también han revelado los beneficios psicológicos de la actividad física, incluida la mejora del estado de ánimo y la disminución de la depresión y la ansiedad. Además, la actividad física tiene amplios efectos sobre la calidad de vida.

Existen relaciones positivas entre la actividad física y la satisfacción con la vida y la actividad física y la felicidad. Una gran encuesta en 24 países mostró que los adultos jóvenes de 18 a 30 años con actividad física moderada o alta tenían una mayor satisfacción y felicidad con la vida, y una mejor percepción de la salud. La relación positiva entre la actividad física y la satisfacción con la vida también se estableció en los adultos mayores.

Existen dos mecanismos potenciales para los efectos de la actividad física en el bienestar subjetivo. El primero es a través de la mejora de la salud física, incluido el estado cardiovascular, la fuerza y la capacidad funcional. El segundo es a través de cambios en las variables psicológicas, como la disminución de la ansiedad y la depresión y el aumento de la autoeficacia, la visión de uno mismo y la salud mental. Además, las personas con problemas de salud mental podrían obtener una mayor satisfacción con el ejercicio.(20)

Hábitos y estilos de vida

La OMS define estilos de vida como aquella forma de vida que se va a basar en un patrón de comportamiento identificable y está determinado por la interacción entre las condiciones de vida ambientales y socioeconómicas, la interacción social y las características personales.

Los hábitos y estilos de vida van a ejercer un profundo efecto en la salud de la persona como de los que lo rodean. Por lo que si las acciones para mejorar la salud cambiando los estilos de vida, no deben ir solo dirigidas hacia la persona, sino también en las condiciones sociales de vida que interactúan para mantener y producir estos patrones de comportamiento. Empero, no existe un estilo de vida que sea óptimo para todas las personas, hay múltiples factores a los que está regida como los ingresos, la cultura, el entorno laboral y doméstico, la edad, etc.

El estilo de vida va a ser uno de los más importantes condicionantes que van a afectar el estado de salud de la población, ya que adoptar un estado de vida saludable podría disminuir la mortalidad global en más del 43%.(21)

- Dieta equilibrada

Mantener una dieta equilibrada y hábitos nutricionales óptimos ofrece numerosos beneficios para la salud. Llevar una dieta saludable que incluya verduras, frutas, cereales integrales y proteínas magras puede prevenir resultados adversos para la salud física, como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y accidente cerebrovascular. Más allá de la salud física, una nutrición adecuada también puede tener efectos positivos en el bienestar emocional y mental. Una revisión sistemática realizada por Lai et al. tenía como objetivo discernir la conexión entre los patrones dietéticos y la depresión en adultos. A través de un metanálisis de estudios que examinaban una "dieta saludable" (consumo de pescado, granos integrales, frutas y verduras), los autores encontraron que los adultos que seguían una "dieta saludable" tenían menos probabilidades de depresión que aquellos con dietas deficientes. Además, Conner et al. vinculó comer frutas y verduras a una mayor vitalidad, florecimiento, y motivación. Su intervención clínica asignó a los adultos jóvenes a una condición de dieta habitual o una intervención de "frutas y verduras", donde se proporcionaron frutas y verduras y se les animó a los participantes. Solo los participantes del grupo de intervención demostraron un mejor bienestar psicológico al final del estudio. Estos

estudios apoyan el papel de la nutrición equilibrada en la mejora de la salud mental y emocional.

- Ejercicio físico

Además de la nutrición, la actividad física tiene beneficios positivos tanto para la salud física como mental. Por ejemplo, la actividad física es un factor protector contra muchas enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y la osteoporosis. Más allá de la salud física, también se ha demostrado que el ejercicio mejora la salud mental. LeBouthillier y col. realizaron un ensayo de control aleatorio para determinar el efecto del ejercicio sobre la ansiedad y encontraron que tanto el ejercicio aeróbico como el entrenamiento de resistencia eran efectivos para disminuir los síntomas de ansiedad. (22)

Enfermedad

El término enfermedad es definido por la OMS como aquella desviación o alteración del estado fisiológico normal que es ocasionada por causas conocidas y se manifiesta por signos y síntomas propios de la enfermedad y cuyo desarrollo para a ser en la mayoría de casos previsible. Mientras que Ucha et al. La definen como aquella alteración o trastorno ya sea de la mente o el cuerpo que va a ocasionar molestias en las funciones normales del cuerpo. Estas se pueden clasificar en:

- Enfermedades Agudas: son aquellas que van a constar con una duración limitada, aparecen rápidamente y van a remitir luego del tratamiento; y pueden ser banales como la gripe o el resfriado, y graves como la púrpura fulminante o el IAM.
- Enfermedades profesionales: son aquellas que van a causar un deterioro en el bienestar del trabajador y son ocasionadas por el ambiente laboral.
- Enfermedades crónicas: son aquellas enfermedades que presentan una evolución lenta y progresiva, además de no ser contagiosas. Entre las que se destacan tenemos el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares como los ACV o las enfermedades respiratorias como el asma o la neumopatía obstructiva crónica. (23)

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Son identificables desde la niñez y pueden predecir el desarrollo posterior de Enfermedad Cardiovascular (ECV).

La aterosclerosis es la causa de la gran parte de casos de enfermedad coronaria. Durante la adolescencia empieza la acumulación de grasa en las arterias coronarias; y progresan en forma de placas en la adultez temprana, culminando como una oclusión y posterior evento coronario en edad mediana. (24)

Edad y sexo:

Hay una diferencia relativa pero importante respecto al sexo y edad. (25, 26)

- Las mujeres tienen una relación más baja de HDL/colesterol total que los hombres al igual que una incidencia menor de diabetes.
- En fumadores (>20 cigarrillos al día) mujeres y hombres, la incidencia de ECV es 5 veces más y 2 veces más respectivamente en comparación con las personas que no han fumado.
- Como principales factores de riesgo de cardiopatía coronaria tenemos a la presión arterial sistólica y la hipertensión sistólica aislada en hombres y mujeres de todos los grupos etáreos.
- La obesidad y el aumento de peso agravan los factores de riesgo aterogénicos y el sedentarismo también los empeora.

El sexo masculino por sí solo puede contribuir al riesgo de cardiopatía coronaria. Varios estudios de población han identificado el sexo masculino como un factor de riesgo de tasas más altas de cardiopatía coronaria y mortalidad relacionada con la cardiopatía coronaria. (24)

Es raro un infarto de miocardio o muerte súbitas en mujeres premenopáusicas; sin embargo, después de la menopausia, la enfermedad coronaria aumentan abruptamente, con tasas tres veces superiores a las de las mujeres de la misma edad que permanecen premenopáusicas. (25)

Antecedentes familiares:

Pacientes con pariente de primer grado con ECV o que halla fallecido por ECV antes de los 55 años en hombre o 65 años en mujeres, tienen un riesgo familiar significativo de sufrir una ECV. (27, 28)

Hipertensión:

Los pacientes con HTA tienen un riesgo de por vida de sufrir de ECV. (29)

Lípidos y lipoproteínas:

Pacientes con cardiopatía coronaria establecida y prematura tienen mayor prevalencia de dislipidemia, se habla hasta de un 85% en comparación con pacientes sin cardiopatía coronaria. La dislipidemia representa casi el 50% del riesgo atribuible a la población de un infarto de miocardio. (30)

Diabetes mellitus:

Se encuentran relacionados a la ECV aterosclerótica: la resistencia a la insulina, hiperinsulinemia y la glicemia elevada. La diabetes representa el 10% de riesgo atribuible de un primer infarto de miocardio. (30)

Además, los diabéticos tienen una mayor carga de factores de riesgo aterogénicos como la hipertensión arterial, obesidad, hipertrigliceridemia, entre otros.

Hiper glucemia sin diabetes mellitus:

Los niveles elevados de glicemia y hemoglobina glicosilada tienen estrecha relación con el riesgo cardiovascular en pacientes sin diabetes.

Enfermedad renal crónica:

No solo la enfermedad renal terminal, sino la disfunción renal leve a moderada está asociados a un aumento importante del riesgo de enfermedades del corazón. (31)

Estilos de vida:

Tabaquismo:

Representa un factor de riesgo reversible de enfermedad coronaria. El riesgo es proporcional al consumo de tabaco en ambos sexos y es mucho mayor en fumadores pasivos.

Dieta:

Alimentos elevados en contenido graso o glucémico contribuyen al riesgo de ECV. El mayor consumo de vegetales y verduras disminuye el riesgo de ECV, mientras que el consumo de carnes rojas aumenta el riesgo al igual que los ácidos grasos trans.

Ejercicio:

El ejercicio físico en grado moderado resulta un elemento protector contra las ECV. El ejercicio puede tener una variedad de efectos beneficiosos que incluyen una elevación del colesterol HDL en suero, una reducción de la presión arterial, menor resistencia a la insulina y pérdida de peso. (32)

Alcohol:

La ingesta moderada de alcohol tiene un efecto protector sobre las enfermedades del corazón.

Obesidad:

Definida como un IMC superior a 30, es una afección muy prevalente y se asocia con varios factores de riesgo de aterosclerosis, ECV y mortalidad cardiovascular, como hipertensión, resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa, hipertrigliceridemia, colesterol HDL reducido y niveles bajos de adiponectina. (33)

Factores psicosociales:

El estrés psicológico y la aterosclerosis tienen un vínculo directo, debido al efecto lesivo sobre el endotelio y uno indirecto debido al agravamiento de otros factores como la HTA, metabolismo de lípidos e incluso el tabaquismo. La ira y el estrés también tienen correlación con las ECV.

Inflamación:

Se ha informado que numerosos marcadores de inflamación están asociados con un mayor riesgo de ECV. La proteína C reactiva (PCR) es tanto el marcador de inflamación más estudiado como el marcador más utilizado en la práctica clínica. Su papel preciso en la evaluación del riesgo cardiovascular sigue evolucionando. Si bien el papel preciso de la PCR sigue siendo incierto, los estudios epidemiológicos han sugerido que la interleucina (IL) -6 tiene un papel causal directo en el desarrollo de la enfermedad coronaria. (34)

Infección por VIH:

El uso generalizado de terapias antirretrovirales en el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) expone a los pacientes seropositivos a muchas afecciones médicas comunes que se observan en una población que envejece, como las enfermedades cardiovasculares.

Radioterapia:

La exposición a radiación mediastínica o de la pared torácica durante el tratamiento de una neoplasia maligna se ha relacionado con el desarrollo posterior de enfermedad cardíaca, incluida la enfermedad pericárdica, valvulopatía, miocardiopatía y cardiopatía coronaria. La cardiopatía coronaria después de la radiación tiende a afectar los orificios de las arterias coronarias derecha y principal izquierda y puede manifestarse como angina o infarto de miocardio agudo, lo que puede requerir revascularización. Además, el riesgo de enfermedad cardíaca puede aumentar aún más con el tratamiento con agentes anticancerosos sistémicos. (35, 36)

Síndrome metabólico:

Los pacientes con la constelación de obesidad abdominal, hipertensión, diabetes y dislipidemia tienen el síndrome metabólico (también llamado síndrome de resistencia a la insulina o síndrome X). Las personas con síndrome metabólico tienen un riesgo notablemente mayor de enfermedad de las arterias coronarias.

Microalbuminuria:

Refleja daño vascular y parece ser un marcador de enfermedad arterial temprana. (37)

I.4. Formulación del problema

¿Es el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular tiene asociación sobre la prevalencia de malos hábitos de vida saludable en estudiantes del sexto y séptimo año de la Escuela de Medicina de la Universidad Privada Cesar Vallejo entre abril y julio del 2019?

I.5. Justificación

Las enfermedades que afectan el aparato cardiovascular son un conglomerado de patologías del corazón y vasos sanguíneos. En el año 2020 fue determinado por la " Organización Mundial de la Salud" que éstas enfermedades eran causantes de aproximadamente 17 000,000 de fallecimientos mundialmente las que irían en aumento con el pasar de los años.

Existen diversas patologías que deterioran la calidad de vida de las personas, requiriendo en la mayoría de los casos tratamiento durante toda su vida intervenciones quirúrgicas e incluso ingresos hospitalarios prolongados.

Los hábitos de vida saludables reducen significativamente problemas en la salud y desarrollo de enfermedades que potencian en el riesgo de mortalidad.

Existe un registro valioso de evidencia científica que señala la importancia de estrategias para la prevención detección y control de todas éstas patologías y da a conocer la trascendencia de detener hábitos de vida saludables.

I.6. Objetivos

Objetivo general:

Determinar si el conocimiento de factores de riesgo cardiovascular influye en la prevalencia de malos hábitos de vida saludable en estudiantes del sexto y séptimo año de la Escuela de Medicina de la Universidad Privada Cesar Vallejo entre abril y julio del 2019.

Objetivos específicos

- Calcular la prevalencia de buenos conocimientos sobre factores de riesgo cardiovasculares en estudiantes del sexto y séptimo año de medicina que presentan malos hábitos de vida saludable.
- Calcular la prevalencia de buenos conocimientos sobre factores de riesgo cardiovasculares en estudiantes del sexto y séptimo año de medicina que presentan adecuados hábitos de vida saludable.
- Cotejar la prevalencia de buenos conocimientos sobre factores de riesgo cardiovasculares en estudiantes del sexto y séptimo año de medicina que presentan malos y adecuados hábitos de vida saludable

II. MÉTODO

II.1. Diseño de estudio de Investigación

Diseño del estudio:

Observacional, analítico de corte transversal.

II.2. Operacionalización de variables

Ver anexo N° 02

II.3. Población y Muestra

Población universo:

La población universo conformada por todos los estudiantes de Medicina matriculados en el periodo 2019 - I en la Universidad Privada Cesar Vallejo.

Poblaciones de estudio:

Estudiantes del sexto y séptimo año de Medicina matriculados en el periodo 2019-II en la Universidad Privada Cesar Vallejo.

Criterios de Inclusión:

- Estudiantes cursando del sexto y séptimo año de la carrera de medicina matriculados en el periodo 2019 - I.
- Estudiantes que dieron su consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

Estudiantes cuyos cuestionarios no estuvieron completos

Determinación del tamaño de muestra y diseño estadístico del muestreo:

Unidad de Análisis:

Está constituida por cada uno de los estudiantes que cursen del sexto y séptimo año de la carrera de Medicina en el periodo 2019-I de la Universidad Privada Cesar Vallejo

Unidad de Muestreo:

La unidad de muestreo fue equivalente a la unidad de análisis.

Tamaño de la muestra:

Participaron todos los alumnos que cursaron del sexto y séptimo año de la carrera de Medicina, y la muestra fue la tasa de respuesta obtenida, que fueron 144 estudiantes.

II.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**Procedimiento de obtención de datos:**

Participaron del estudio los estudiantes que cursaban del sexto y séptimo año de carrera de Medicina de la Universidad Privada Cesar Vallejo, del periodo 2019-I.

Se solicitó los permisos correspondientes con la finalidad entrevistar a los alumnos de medicina, en horas que no interrumpan sus actividades académicas.

Se les compartió un enlace de "Google Drive" donde se puede acceder los test de evaluación de las variables de estudio, las cuales son: test-MH y Test- FRCV.

Contestaron las preguntas de forma anónima desde cualquier dispositivo electrónico con acceso a internet.

Se realizó la revisión de las encuestas aplicadas para el análisis correspondiente.

II.5. Método de Análisis

Se registraron todos los datos procedentes de la encuesta aplicada, para ser procesado por paquete estadísticos de uso convencional, para posteriormente ser presentados en cuadros.

Estadística Descriptiva:

En cuanto a las medidas de tendencia central se calculó la media y en las medidas de dispersión la desviación estándar, el rango. También se obtuvieron datos de distribución de frecuencias.

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2), Test exacto de Fisher para variables categóricas y la prueba t de student para variables cuantitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

II.6. Aspectos éticos

El presente estudio se tomó en cuenta los principios éticos. Además, todos los datos recabados serán manejados con estricta confidencialidad, anónima y privacidad, no se utilizaron datos que puedan identificar a los alumnos de la universidad, se pidió consentimiento informado para dar respuesta a la encuesta.

III. RESULTADOS

Tabla 1

Variables		Malos Hábitos		Adecuados hábitos		or	ICOR		p
		n	%	n	%				
Edad	20-22	50	34.7%	15	10.4%	1.6	1.44	9.6	0.25
	22.1-24	25	17.4%	12	8.3%	0.42	0.375	2.5	
	> de 24 años	35	24.3%	7	4.9%	1.5	1.35	9	
Sexo	Mujeres	60	41.7%	22	15.3%	0.65	0.59	3.93	0.30
	Hombres	50	34.7%	12	8.3%				
Año	3ero	25	17.4%	10	6.9%	0.51	0.46	3.09	0.02
	4to	34	23.6%	7	4.9%	1.34	1.20	8.01	
	5to	40	27.8%	11	7.6%	1.98	1.79	11.90	
	6to	11	7.6%	6	4.2%	0.73	0.66	4.40	
Conocimiento	positiva	40	27.8%	15	10.4%	0.72	0.65	4.34	0.42
	Negativa	70	48.6%	19	13.2%				

Con respecto a la edad de los estudiantes presentan de 20 a 22 años y malos hábitos en el 34.7% y de la edad de 22 a 24 años está presente con malos hábitos en el 17.4% finalmente para mayores de 24 años establece en el 24.3% presentando una independencia entre los hábitos de vida saludable y la edad los riesgos son atribuibles especialmente en 1.6 veces más riesgo en estudiantes de menor edad tanto de 1.5 en el comparativo.

Con respecto al sexo observamos que de las mujeres el 41.7% presenta malos hábitos y para los hombres está presente en el 34.7% de los malos hábitos ambas variables son independientes entre sí sin embargo el riesgo no es atribuido en vista de que no es significativo.

Para el caso del año de estudios observamos que los estudiantes de tercer año de la carrera presentan en el 17.4% de los malos hábitos y para el caso de los estudiantes que están en el cuarto año presentan malos hábitos en el 23.6% del mismo modo los estudiantes del quinto año presentan malos hábitos en el 27.8% y para el caso de los estudiantes que está en el sexto año de estudios están presentes en el 7.6% ambas variables están relacionadas entre sí antes la prueba no paramétrica de chi-cuadrado y con respecto a los riesgos se tiene que los de cuarto año presenta mayores riesgos de malos hábitos 1.34 veces y los de quinto en 1.98 veces más riesgo.

Con respecto al conocimiento fue positivo pero con malos hábitos en el 27.8% y fue negativo el conocimiento con malos hábitos en el 48.6% o más variables no están relacionadas entre sí y el riesgo no es significativo.

Tabla 2

Variables		Malos Hábitos		Adecuados hábitos		or	ICOR		p
		n	%	n	%				
Aprobaron	si	92	63.9%	23	16.0%	2.44	2.20	14.67	0.42
	no	18	12.5%	11	7.6%				
reconocen ecv como causa de morbilidad	si	82	56.9%	22	15.3%	1.60	1.44	9.58	0.42
	no	28	19.4%	12	8.3%				
Grados de HTA	si	82	56.9%	17	11.8%	2.93	2.64	17.57	0.42
	no	28	19.4%	17	11.8%				
Colesterol y triglicéridos	si	110	76.0%	33	22.9%	6.64	5.97	39.82	0.42
	no	1	0.3%	1	0.7%				
dm	si	100	69.4%	28	19.4%	2.14	1.93	12.86	0.42
	no	10	6.9%	6	4.2%				
Valores de glucosa	si	76	52.8%	15	10.4%	2.83	2.55	16.99	0.42
	no	34	23.6%	19	13.2%				
imc	si	79	54.9%	24	16.7%	1.06	0.96	6.37	0.42
	no	31	21.5%	10	6.9%				
Tabaco	si	79	54.9%	24	16.7%	1.06	0.96	6.37	0.42
	no	31	21.5%	10	6.9%				
Beneficios del ejercicio	si	94	65.3%	22	15.3%	3.20	2.88	19.23	0.42
	no	16	11.1%	12	8.3%				
importancia del genero	si	84	58.3%	22	15.3%	1.76	1.59	10.57	0.42
	no	26	18.1%	12	8.3%				
Herencia	si	74	51.4%	22	15.3%	1.12	1.01	6.73	0.42
	no	36	25.0%	12	8.3%				
Implicancia de la edad	si	91	63.2%	24	16.7%	2.00	1.80	11.97	0.42
	no	19	13.2%	10	6.9%				
alcohol	si	83	57.6%	17	11.8%	3.07	2.77	18.44	0.42
	no	27	18.8%	17	11.8%				

En la tabla número 2 podemos observar que las pacientes estudiantes que aprobaron los conocimientos presentan malos hábitos en el 63.9% y los que no aprobaron presenta malos hábitos en el 12.5% estableciéndose una independencia estadística entre ambas variables sin embargo el riesgo es significativo teniendo en consideración que aquellos que no aprobaron la prueba

de conocimientos sobre factores de riesgo cardiovasculares presentan a pesar de ello malos hábitos en 2.44 veces más riesgo.

Por otro lado, dentro de los factores y reconoce a la enfermedad cardiovascular como causa de morbilidad si lo reconocen en el 56.9% y no lo realizan en el 19.4% ambas variables no están relacionadas entre sí sin embargo el riesgo de no reconocer y malos hábitos está presente en 1.6 veces más riesgo.

Asimismo, con respecto a la identificación de los grados de hipertensión arterial adquirida con los malos hábitos su conocimiento se establece que si lo conocen en el 56.9% y no lo conocen en el 19.4% no presenta una relación estadística entre sí sin embargo presentan un riesgo significativo de 2.93 veces con respecto a los malos hábitos y a logrado de hipertensión arterial.

Con respecto al conocimiento sobre el colesterol y los triglicéridos observamos qué si conocen sobre sus medidas y presentan malos hábitos en el 76% y no conocen y presentan malos hábitos en el 0.3% por tanto existe un riesgo significativo de 6.64 veces de presentar valores alterados de colesterol con malos hábitos en la calidad de vida, aunque esta relación no es significativamente relacionada ante la prueba no paramétrica.

Por otro lado, del conocimiento sobre diabetes mellitus está presente en malos hábitos en el 69.4% y no está presente en el 6.9% estadísticamente no presenta relación estadística entre sí sin embargo existe un riesgo de 2.14 veces más de presentar malos hábitos con el desconocimiento de la diabetes mellitus.

Sin embargo, con respecto a los valores de glucosa y su conocimiento están presentes dentro de los malos hábitos en el 52.8% y no están presentes en el 23.6% ambas presentan independencia entre sí. En ese sentido, los valores de glucosa y su desconocimiento presentan un riesgo de 2.83 veces más de establecer malos hábitos de riesgo.

Asimismo, sobre el conocimiento del índice de masa corporal observamos que si lo conocen el 54.9% de los pacientes con malos hábitos sin embargo no lo conocen en el 21.5% de los estudiantes con malos hábitos presentando un riesgo no significativo y no presenta relación estadística entre sí.

Sobre el caso de los alumnos que fuman tabaco está presente con malos hábitos en el 54.9% y los alumnos que no lo realiza está presente en el 21.5% de los malos hábitos sin embargo o respecto a la relación estadística estos son independientes entre sí pero el riesgo se mantiene bajo con 1.

Con los beneficios del ejercicio los alumnos de la facultad establecen que presentan un conocimiento positivo, pero con malos hábitos en el 65.3% y y en el caso de aquellos que no conocen los beneficios de los ejercicios está presente en el 11.1% ambas variables no presentan relación estadística sin embargo el riesgo se eleva hasta 3.2 veces en aquellos que no conocen los beneficios de los ejercicios con los malos hábitos.

Con respecto a la importancia del género para dentro de los factores cardiovasculares tenemos que contar que el 58.3% de los alumnos que presentan malos hábitos conocen su importancia sin embargo cosa contraria aquellos que no conocen la importancia del género están presentes en el 18.1% de las personas que tienen malos hábitos y en ese sentido cabe destacar que no existe relación estadística antes la prueba de chi-cuadrado de pearson sin embargo con respecto a los valores de la razón de momios se establece como riesgo de 1.76 veces más riesgo cuando no se conoce la importancia de género para los malos hábitos.

En otro contexto sobre el conocimiento que tiene la herencia genética entró a los factores de riesgo cardiovasculares observamos que el 58.3% de la muestra seleccionada presenta malos hábitos y un conocimiento sobre la herencia cosa contraria en aquellos pacientes que no conocen esta importancia sobre la herencia en dentro de los factores de riesgo cardiovasculares está presente en el 18.1% ambas variables no están relacionadas entre sí sin embargo el riesgo es levemente significativo con 1.12 veces más riesgo.

En cuanto a la implicancia de la edad dentro de los malos hábitos se establecen el 63.2% y su desconocimiento de la implicancia de la edad se establece en el 13.2% de los malos hábitos ambas variables no están relacionadas entre sí sin

embargo existe un riesgo significativo del 2 veces más riesgo de presentar malos hábitos y el no conocimiento de la implicancia de la edad.

Por otro lado, el consumo de alcohol se establece entre los malos hábitos en el 57.6% por otro lado aquellos estudiantes que no consumen alcohol están presentes en el 18.8% de ellos observamos que existe tres veces más riesgo de no conocer sobre el consumo de alcohol como factor de riesgo para los malos hábitos aunque estadísticamente a más variables independientes entre sí.

Tabla 3

Variables		Malos Hábitos		Adecuados hábitos		or	ICOR		p
		n	%	n	%				
Consumo de agua	si	64	44.4%	31	21.5%	0.13	0.12	0.81	0.42
	no	46	31.9%	3	2.1%				
tabaco	si	26	18.1%	26	18.1%	0.10	0.09	0.57	0.42
	no	84	58.3%	8	5.6%				
ejercicios diarios	si	38	26.4%	16	11.1%	0.59	0.53	3.56	0.42
	no	72	50.0%	18	12.5%				
conoce PA basal	si	43	29.9%	27	18.8%	0.17	0.15	1.00	0.42
	no	67	46.5%	7	4.9%				

En la tabla número tres se especifica el consumo de agua y su conocimiento para los hábitos y el manejo de factores de riesgo cardiovasculares entendiéndose que el consumo de agua se conoce como un buen hábito, pero se practica dentro de los malos hábitos en el 44.4% y no se conoce sobre consumo de agua y presenta malos hábitos en el 31.9% ambas variables no están relacionadas entre sí y el riesgo tampoco es significativo.

Asimismo, el conocimiento sobre el consumo de tabaco está presente dentro de los malos hábitos en el 18% y no está presente en el 56.4% ambas variables no presentan un riesgo significativo ni tampoco una relación estadística antes la prueba no paramétrica.

En el caso del conocimiento de los estudiantes sobre los ejercicios diarios como factores de riesgos cardiovasculares observamos que presentan malos hábitos en el 26.4% de aquellos que si conocen los beneficios sin embargo en aquellos

que no lo conocen y presenta malos hábitos se encuentran presente en el 50% de la muestra no presentando mayor riesgo y tampoco relación estadística.

Finalmente, sobre si conocen la presión arterial basal de cada estudiante estos si la conocen y presentan malos hábitos en el 130% y no la conocen y presentan los hábitos en el 46.5% ambas variables no están relacionadas entre sí y tampoco presentan un riesgo significativo.

IV. DISCUSIÓN

Con respecto la investigación realizada por los autores chinos Xía y colaboradores establece que una muestra superior a la nuestra de 234 personas se aplicaron un cuestionario sobre conocimientos para realizar el diagnóstico de infarto agudo de miocardio En dónde se estableció que en el sexo masculino era el más prevalente, sin embargo hay que tener en cuenta que en cuanto a nuestra investigación los varones ocuparon solamente un 42 a 43% y que esto se interpreta que las mujeres tuvieron mayor cantidad de grupo muestral sin embargo el estudio realizado en China establece conocimientos sobre Los profesionales de medicina a diferencia de nuestra investigación on dónde está enfocada en estudiantes por otro lado con respecto a sus hábitos estos presentan índice de masa corporal dentro de los rangos normales y su dieta es preferentemente asociada a buenos estilos y disminuir los factores de riesgo cardiovasculares A diferencia de los indicadores que mostramos para la investigación donde se establece que la mayor parte de la población con respecto al índice de masa corporal se encuentra alterado en el 28% aproximadamente aunque no muestra su relación estadística con los hábitos que tienen para el estilo de vida saludable por lo cual ambas investigaciones entran en discrepancia.

Barrera en un trabajo realizado a nivel de Colombia menciona que su grupo muestra al pequeño de 65 personas. Sin embargo la edad promedio se estableció en 37 años con preferencia de las mujeres sobre los varones y en ese sentido se tiene que destacar que la edad prevalente fueron principalmente aquellos pacientes que tienen de 20 a 22 años mostrando indicadores que van en correspondencia con los estudiantes sin embargo hay que destacar qué grupo de mujeres fueron las que presentaron mayor porcentaje en el 41.7% para los que tienen malos hábitos y 15.3% para que ellos que tienen buenos hábitos por todas las esas características ambos trabajo sienten bien contradicciones.

En cuanto al trabajo presentado por Sahí en el año 2020 a nivel del país de Japón. Establece una investigación sobre la calidad de vida incluyendo diferentes factores como el consumo de sustancias tóxicas alimentación saludable ejercicio físico entre otros realizado en una muestra pequeña de 23

personas estableciéndose que el estudio de estos individuos más jóvenes presenta un beneficio aumentado al prevenir patologías cardiovasculares sin embargo esta realidad no se refleja en la investigación teniendo en cuenta que los más jóvenes de 20 a 22 años el 34.7% presenta malos hábitos lo que deja entrever de que a pesar de que estudian en el área de ciencias de la salud estos no presentan buenas prácticas conllevando de problemas serios y presentando un riesgo de 1.6 veces de presentarse a los hábitos con la baja edad.

Salazar en una investigación sobre los determinantes de riesgo cardiovasculares en una universidad particular se evaluaron a 35 personas estudiantes de medicina de los cuales presentaban consumo de bebidas alcohólicas y aumentó el índice de masa corporal en ese sentido en contraparte a la investigación establecido nosotros observamos que en nuestro grupo muestral fue mayor sin embargo con respecto a los índices de masa corporal se establece que la mayor parte de los estudiantes representa el 54.9% con malos hábitos y está un índice de masa corporal no adecuado en el 21.5% lo que refleja que la población de estudio presenta malos hábitos y no se encuentra dentro de los índices de masa corporal es adecuados.

Yaguachi una investigación realizada en la capital del Perú en el año 2021 establece que el índice de masa corporal se encontró alterado en 28% de los pacientes menores de 25 años y en ese sentido la investigación establece que principalmente herencia de masa corporal no está presente de manera adecuada en el 21.5 de los malos hábitos y en el 6.9 de los buenos hábitos por tanto el porcentaje de conglomerado de índice masa corporal en no adecuados llega al 28% aproximadamente lo que conlleva a que ambos trabajos concuerden con ello sin embargo con respecto a las edades establece que mayoritariamente presentan de 20 a 22 años 45% respectivamente. Por tanto, la investigación es concordante con respecto a los indicadores del índice de masa corporal sin embargo existe discrepancias para la edad.

Por otro lado Mejía y colaboradores en un trabajo en Piura establece los riesgos cardiovasculares en donde prevalece con una edad promedio de 19 años para los malos hábitos alimentarios sin embargo los pacientes que se encuentran en nivel de los estudiantes de medicina reflejan que los estudiantes presentan

34.7% de 20 a 29 años por la cual establece un intervalo de confianza superior al trabajo de Mejía y también presentan malos hábitos nutricionales asimismo la actividad física solamente se presenta en el 38% y el consumo de tabaco se da en el 19% de los estudiantes en ese sentido la actividad física se da en el 65% de los pacientes con malos hábitos y no se da en el 11.11% por las cuales nuestra muestra presenta mejores indicadores con respecto al trabajo de Mejía.

V. CONCLUSIONES

La prevalencia en cuanto a los conocimientos buenos de los agentes de riesgo cardiovasculares en estudiantes de medicina que presentan malos hábitos de vida saludable está presente aproximadamente en el 84%.

La prevalencia de buenos conocimientos sobre los agentes de riesgo cardiovasculares en estudiantes de medicina se presenta con buenos hábitos de vida saludable en el 68% aproximadamente.

A pesar de que los estudiantes del tercer hasta el sexto año, presentan un buen nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovasculares no establece que sus hábitos también sean buenos.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda informar los resultados de esta investigación al director de escuela de la facultad de medicina y a su vez a otros directores de otras escuelas a nivel de la universidad para que tengan en cuenta los resultados y poder fomentar la actividad física y las buenas prácticas de calidad de vida en los estudiantes estableciéndose qué deben realizar controles dietéticos y establecimiento de conductas sociales apropiadas con fomento de la disminución de las sustancias tóxicas sociales permitidas.

Se debe capacitar a los alumnos en las buenas prácticas de hábitos saludables teniendo en cuenta la consejería nutricional que debe estar implementada en los estudiantes de manera obligatoria y asimismo dar espacio suficiente para fomentar los hábitos a través de conductas saludables que pueden reforzar los conocimientos que se encuentran en un nivel alto.

Se debe coordinar con el director de la escuela para que existan espacios que propician los buenos hábitos como en el caso de las caminatas de coordinación de actividad física y a su vez de talleres nutricionales que puedan mejorar los hábitos para cada alumno.

VII. REFERENCIAS

1. Enfermedades no transmisibles [base de datos en línea]. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud; 2021. [fecha de acceso 10 de noviembre de 2021]. URL disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Valdés MÁ. Non-communicable Chronic Diseases and the COVID-19 Pandemic. 2020;11.
3. Morales AV, Roa LFH. Enfermedad crónica no transmitible y calidad de vida. Revisión narrativa. 2018;20(1):8.
4. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. :24.
5. Luz TC da, Cattafesta M, Petarli GB, Meneghetti JP, Zandonade E, Bezerra OM de PA, et al. Fatores de risco cardiovascular em uma população rural brasileira. Ciênc saúde coletiva. octubre de 2020;25(10):3921-32.
6. Fuchs FD, Whelton PK. High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. Hypertension. febrero de 2020;75(2):285-92.
7. Kondo T, Nakano Y, Adachi S, Murohara T. Effects of Tobacco Smoking on Cardiovascular Disease. Circ J. 25 de septiembre de 2019;83(10):1980-5.
8. Xia K, Yoth L, Mehtus D, et al. Influence of Cardiovascular Risk Factors on the Prevalence of Poor Healthy Living Habits. Medscape. [Internet]. E de enero 2021 [citado 12 de noviembre de 2021; 165 (2): e34534. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1177%2F15598276182323812395>
9. Barrera D. Factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en padres de familia del club deportivo arsenal sky de la ciudad de Bogotá D.C. [tesis de grado]. Colombia: Universidad de Ciencias aplicadas y Ambientales, UDCA; 2019.
10. Tsai M, Lee C, Tseng P, Chien K, et al. Combined healthy lifestyle factors are more beneficial in reducing cardiovascular disease in younger adults: a meta-analysis of prospective cohort studies. Scientific reports [Internet]. 24 de octubre de 2020 [citado 12 de noviembre de 2021]; 74(12):3537–

3545. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-75314->

Z

11. Salazar W. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad Particular de Chiclayo [tesis de grado]. Lambayeque: Universidad Particular de Chiclayo; 2021.
12. Yaguachi R. Estilo de vida y riesgo cardiovascular en trabajadores del Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo-Los Ríos-Ecuador, 2015 [tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021.
13. Mejía M, Mercedes L. Influencia del conocimiento de factores de riesgo cardiovascular en la prevalencia de malos hábitos de vida saludable en estudiantes de medicina [tesis de grado]. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
14. Castillo G. Propuesta de plan de comunicación basado en constructos sociales para la promoción de hábitos alimenticios saludables en personas de 30 a 44 años en la provincia de Sullana [tesis de grado]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2019.
15. Caballero P, Navarrete L, Martínez P, Gómez R, Lagunes S, et al. Importancia de la actividad física. Revista médico-científica de la secretaría de salud Jalisco [Internet]. 19 de agosto 2019 [citado 12 de noviembre de 2021]; 6(2):1-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2019/sj192h.pdf>
16. DiPietro L, Al-Ansari SS, Biddle SJH, Borodulin K, Bull FC, Buman MP, et al. Advancing the global physical activity agenda: recommendations for future research by the 2020 WHO physical activity and sedentary behavior guidelines development group. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020;17(1):1–11.
17. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020;54(24):1451–62
18. Balasundaram P. Crecimiento y desarrollo humanos [Internet]. StatPearls. Available from: <https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/130467>
19. Alpízar Díaz W. Hacia La Construcción Del Concepto Integral De Aduldez. *Enfermería actual en Costa Rica.* 2018;(10):1–14.

20. Zhao M, Veeranki SP, Magnussen CG, Xi B. Recommended physical activity and all cause and cause specific mortality in US adults: Prospective cohort study. *BMJ*. 2020;370:1–10.
21. Bennisar M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud. *Univ les Illes Balear* [Internet]. 2018;362. Available from: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33091561/tmbv1de1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1526757748&Signature=wG3gXdD1aJkrOIUqsXzR6NwkFPs%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DEstilos_de_vida_y_salud_en_estudiantes_
22. Stewart S, Syros A. ¿Importan la dieta y el ejercicio para promover el bienestar de los estudiantes y residentes de medicina_ [Internet]. *StatPearls*. Available from: <https://www.statpearls.com/ExamPrep/medical-student-resources/do-diet-and-exercise-matter-in-promoting-medical-student-and-resident-wellness>.
23. Rodríguez DFB. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ESTILO DE VIDA EN PADRES DE FAMILIA DEL CLUB DEPORTIVO ARSENAL SKY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ. Vol. 8, Ayañ. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, U.D.C.A.; 2019.
24. Li S, Chen W, Srinivasan SR, Bond MG, Tang R, Urbina EM, et al. Childhood cardiovascular risk factors and carotid vascular changes in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *JAMA*. 5 de noviembre de 2017;290(17):2271-6.
25. Fox CS, Pencina MJ, Wilson PWF, Paynter NP, Vasan RS, D'Agostino RB. Lifetime risk of cardiovascular disease among individuals with and without diabetes stratified by obesity status in the Framingham heart study. *Diabetes Care*. agosto de 2018;31(8):1582-4.
26. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 5 de febrero de 2018;311(5):507-20.

27. Kappert K, Böhm M, Schmieder R, Schumacher H, Teo K, Yusuf S, et al. Impact of sex on cardiovascular outcome in patients at high cardiovascular risk: analysis of the Telmisartan Randomized Assessment Study in ACE-Intolerant Subjects With Cardiovascular Disease (TRANSCEND) and the Ongoing Telmisartan Alone and in Combination With Ramipril Global End Point Trial (ONTARGET). *Circulation*. 21 de agosto de 2019;126(8):934-41.
28. Sivapalaratnam S, Boekholdt SM, Trip MD, Sandhu MS, Luben R, Kastelein JJP, et al. Family history of premature coronary heart disease and risk prediction in the EPIC-Norfolk prospective population study. *Heart*. diciembre de 2017;96(24):1985-9.
29. Otaki Y, Gransar H, Berman DS, Cheng VY, Dey D, Lin FY, et al. Impact of family history of coronary artery disease in young individuals (from the CONFIRM registry). *Am J Cardiol*. 15 de abril de 2018;111(8):1081-6.
30. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 1 de julio de 2018;63(25 Pt B):2889-934.
31. Patel J, Al Rifai M, Scheuner MT, Shea S, Blumenthal RS, Nasir K, et al. Basic vs More Complex Definitions of Family History in the Prediction of Coronary Heart Disease: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Mayo Clin Proc*. septiembre de 2018;93(9):1213-23.
32. Miura K, Daviglius ML, Dyer AR, Liu K, Garside DB, Stamler J, et al. Relationship of blood pressure to 25-year mortality due to coronary heart disease, cardiovascular diseases, and all causes in young adult men: the Chicago Heart Association Detection Project in Industry. *Arch Intern Med*. 25 de junio de 2011;161(12):1501-8.
33. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 11 de septiembre de 2014;364(9438):937-52.

34. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* febrero de 2017;39(2 Suppl 1):S1-266.
35. Lee D, Sui X, Artero EG, Lee I-M, Church TS, McAuley PA, et al. Long-term effects of changes in cardiorespiratory fitness and body mass index on all-cause and cardiovascular disease mortality in men: the Aerobics Center Longitudinal Study. *Circulation.* 6 de diciembre de 2019;124(23):2483-90.
36. Tirosh A, Shai I, Afek A, Dubnov-Raz G, Ayalon N, Gordon B, et al. Adolescent BMI trajectory and risk of diabetes versus coronary disease. *N Engl J Med.* 7 de abril de 2016;364(14):1315-25.
37. Emerging Risk Factors Collaboration, Kaptoge S, Di Angelantonio E, Lowe G, Pepys MB, Thompson SG, et al. C-reactive protein concentration and risk of coronary heart disease, stroke, and mortality: an individual participant meta-analysis. *Lancet.* 9 de enero de 2018;375(9709):132-40.

ANEXOS

ANEXO N° 01 :TEST- MALOS HABITOS EN ESTUDIANTES

En cuanto a los Hábitos de vida saludable, puede marcar más de una respuesta correcta.

1. ¿Usted sabe cuál es su presión arterial? *

- SI
- NO

2. ¿Conoce su concentración plasmática total de colesterol? *

- SI
- NO

3. ¿Conoce su concentración plasmática total de glucosa? *

- SI
- NO

4. ¿Conoce su IMC? *

- SI
- NO

5. ¿Tiene usted sobrepeso? *

- SI
- NO

6. ¿Considera que come a sus horas? *

- SI
- NO

7. ¿Qué comidas consumes al día, frecuentemente?

	● SI	● NO
Desayuno		
Almuerzo		
Merienda o Lonche		
Cena		

8. ¿Qué desayunas por las mañanas, con mayor frecuencia?

	SI	NO
--	----	----

Sandwich naturales		
--------------------	--	--

Huevos o tortillas		
Lácteos, quinua o avena		
Frutas o zumos naturales		
Café		
Gaseosas o zumos industriales		
Comida chatarra		
NO DESAYUNO		

9. ¿Qué almuerzas?

	SI	NO
Carnes rojas		
Pollo y/o pescado		
Frutas		
Pastas		
Patatas arroz		
Legumbres y arroz		
Sopas		
Comida chatarra		
No almuerzo		

10. ¿Qué meriendas o comes en el lonche?

	SI	NO
Nada		
Cereales y Frutos secos		
Sandwich naturales		
Lácteos, Fruta y /o zumo natural		
Gaseosas, zumo industrial		
Comida chatarra		

11. ¿Qué cenas? frecuentemente

	SI	NO
Pastas, Patatas o arroz y carne		
Sopas		
Comida chatarra		

Lácteos, Fruta y /o zumo natural		
Nada		

12. ¿Comes golosinas? *

- Todos los días
- De vez en cuando
- Nunca

13. Frecuencia de consumo de verduras *

- Todos los días
- Nunca
- 2 a 3 días a la semana
- 1 día a la semana

14. Frecuencia de consumo de frutas *

- Todos los días
- Nunca
- 2 a 3 días a la semana
- 1 día a la semana

15. Frecuencia de consumo de pescados *

- Todos los días
- Nunca
- 2 a 3 días a la semana
- 1 día a la semana

16. Frecuencia de consumo de carnes rojas *

- Todos los días
- Nunca
- 2 a 3 días a la semana
- 1 día a la semana

17. ¿Usted consume agua sola de manera regular? *

- SI
- NO

18. ¿Si tiene sed, prefiere tomar? *

- Agua
- Gaseosas/Jugos envasados

- Bebidas energizantes

19. ¿Usted hace ejercicios diarios? *

- SI
- NO

20. ¿Cuántas horas a la semana haces ejercicio? *

- <1 hora
- 1-2 horas
 - 2 horas
- No hago

21. ¿Usted fuma? *

- SI
- NO
- Soy un ex fumador

22. Cuánto fuma? *

- 1 cigarrillo / día
- 2 o más cigarrillos/ día
- Media cajetilla /día
- 1 cajetilla /día
- No fumo

23. ¿Usted consume alcohol? *

- SI
- NO

24. ¿Con que frecuencia, usted consume alcohol? *

- 1 vez/ semana
- 2 o más veces/semana
- 1 vez/mes
- No tomo
- Otro : _____

**TEST PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO DE
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (test-FRCV)**

(A menos que se indique específicamente, usted tiene que marcar solo una respuesta correcta)

1. ¿En qué año de carrera se encuentra usted?

- 6to año
- 7to año

2.1 Edad (en años):

2.2 Género:

- Femenino
- Masculino

3. De acuerdo con su conocimiento, ¿Cuál es la causa principal de muerte en el mundo?

- Accidentes de tráfico
- Cáncer o alguna enfermedad maligna
- Accidentes cerebrovasculares y enfermedades cerebrovasculares similares
- SIDA
- Cirrosis y otras enfermedades del hígado
- La tuberculosis y otras enfermedades pulmonares

4. ¿A qué valor se le llama Hipertensión arterial grado I?

- 120/80 mmHg
- 120-139/80-89 mmHg
- 140-159/90-99 mmHg

5. ¿Hay mayor riesgo de "aterosclerosis" cuando hay aumento de?

- LDL
- HDL

6. ¿Cuál es el valor normal del colesterol y de los triglicéridos en sangre?

- < 200 y < 150 gr/dl
- < 150 y < 160 gr/dl

7. ¿Cuál de los tipos de Diabetes puede producir insulina, pero el organismo no la usa adecuadamente, y se puede prevenir?

- Diabetes mellitus tipo 1
 - Diabetes mellitus tipo 2
8. ¿Cuál es el valor normal de glucosa en sangre al azar?
- < 126 mg/dl
 - < 200 mg/dl
 - 70-135 mg/dl
9. ¿Cuál es la fórmula de IMC, y su valor normal?
- $IMC = Kg/m^2$, y 18,5-24,9
 - $IMC = Kg/m^2$, y 18,5-24,5
 - $IMC = Kg^2/m$, y 18,5-24,5
10. ¿Por qué el consumo de tabaco es factor de riesgo de Enfermedad Cerebro Vascular (EVC)?
- Aumenta la frecuencia cardiaca
 - Contrae arterias principales
 - Altera el ritmo del corazón
 - Todas
11. ¿Por qué el ejercicio ayuda a prevenir las ECV? *
- Fortalece el músculo cardiaco
 - Hace más flexibles las arterias
 - a+ b
12. ¿Quiénes tienen más riesgo de sufrir enfermedades coronarias?
- Mujeres
 - Hombres
 - Mujeres Premenopáusicas
13. En cuanto a la herencia, marque la correcta:
- La raza negra sufre de hipertensión más grave
 - Las personas caucásicas tienen un mayor riesgo cardiovascular
 - Antecedentes de un problema cardíaco o circulatorio antes de los 55 años de edad de familiares de primer grado
 - a+c
14. Marque según sus conocimientos, la respuesta correcta:
- En personas mayores de 65 años, hay un aumento del grosor de las paredes del corazón
 - En mayores de 65 años, las arterias se endurecen y

- pierden flexibilidad
- a+b

15. Las situaciones estresantes aumentan la frecuencia cardíaca y la presión arterial, aumentando la necesidad de oxígeno del corazón.
MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA

El SNC libera adrenalina, esta aumentan la PA, daña la capa interior de las arterias. Al cicatrizar, pueden endurecerse o aumentar en grosor, facilitando la acumulación de placa

- El estrés también aumenta la concentración de factores de coagulación en sangre, aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo
- El estrés también puede contribuir a otros factores de riesgo.
- TODAS

16. EN CUANTO A LAS HORMONAS SEXUALES Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

- a) Las mujeres <de 40 años menor riesgo de ECV por su nivel de hormonas sexuales
- b) Niveles elevados de estrógeno y progestágeno, aumentan las probabilidades de ECV o ACV
- c) Anticonceptivos orales aumentan el riesgo de ECV y coágulos sanguíneos en mujeres que fuman o tienen otros factores de riesgo y tienen más de 35 años.
- d) Las mujeres que toman anticonceptivos orales deben realizarse chequeos anuales de: PA, triglicéridos Y glucosa en sangre.

- TODAS
- A + C
- TODAS MENOS B

17. SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL, MARQUE LA CORRECTA

- a) El riesgo de ECV es menor en las personas que beben cantidades moderadas de alcohol que en las personas que no beben.
- b) El excederse de un consumo moderado de alcohol puede ocasionar: HTA, ACV, latidos irregulares y cardiomiopatía
- c) Las calorías del alcohol a menudo aumentan la grasa corporal, lo cual puede a su vez aumentar el riesgo cardiovascular.

- Todas
- A+ C
- B

18. ¿Cree usted que ha aprendido lo suficiente sobre los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares durante su educación médica?

- SI
- NO

ANEXO N° 02 : OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Definiciones operacionales:

Test de malos hábitos de vida saludable (Test-MH)

Es un instrumento de medida elaborado por el equipo investigador. Tomando como referencia una encuesta de hábitos saludables (40). Consta de 24 preguntas para evaluar malos hábitos que son predictores de enfermedad cardiovascular en el futuro. (Anexo N°1)

Test para evaluar el conocimiento de factores de riesgo cardiovascular (test-FRCV)

El **test-FRCV** es un instrumento de medida el cual fue ajustado a nuestra realidad por el equipo investigador, teniendo como guía los test utilizados en los estudios de Sadasivam, et al y Reiner, et al, (41–43). Este cuestionario consta de 16 preguntas de elección múltiple, estructurado con la finalidad de recolectar la valoración del conocimiento de los factores de riesgo cardiovasculares en estudiantes de medicina(44). (Anexo N° 2)

Variables de estudio:

VARIABLE INDICADOR	TIPO	ESCALA DE MEDICION	
RESULTADO			
Malos Hábitos vs	Catógórica	Nominal	si/no
COVARIABLES			
Conocimiento de FRCV	Catógórica	Nominal	si/no

Edad años	Numérica – discontinua	De razón	
Sexo	Categórica	Nominal	M / F
Año de estudio	Categórica	Ordinal	años
Consumo de agua	Categórica	Nominal	si/no
Consumo de tabaco	Categórica	Nominal	si/no
Consumo de alcohol	Categórica	Nominal	si/no
Dieta adecuada	Categórica	Nominal	si/no
Actividad física	Categórica	Nominal	si/no
Conocimiento de su	Categórica	Nominal	si/no
Presión arterial			

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

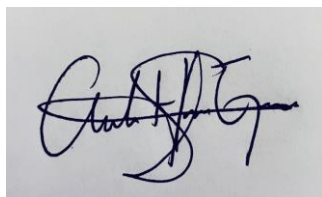
Yo, Arlen Sandra Huaman Guerra, identificado con DNI 70166618, alumno de la Escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo, presento la tesis titulada **INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA PREVALENCIA DE MALOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE** y declaro bajo juramento que:

La tesis es de mi autoría.

- He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- La tesis tampoco ha sido plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presenta anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse algún tipo de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 18 de noviembre del 2021



ARLEN SANDRA HUAMAN GUERRA,

DNI: 70166618