

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MANAGUA



Monografía para optar al título de:
Médico y Cirujano.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DE MEDIDAS
CARDIOPROTECTORAS (MCP) EN DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD DE LAS
REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE (URACCAN).
BILWI, REGION AUTONOMA DEL ATLANTICO NORTE (RAAN). JULIO-
SEPTIEMBRE DE 2014.

BR. ALBERTO ARIEL SALINAS LÓPEZ.
BR. JORGE ALEJANDRO ZEPEDA PÉREZ.

Tutora:
MSP. Yadira Medrano Moncada.

UNAN-MANAGUA
Managua, Abril de 2015.

ÍNDICE:

| | |
|--|-----|
| ! DEDICATORIA | |
| !! AGRADECIMIENTO | |
| !!! CARTA DEL TUTOR | |
| !!!! RESUMEN | |
| CAPITULO I. GENERALIDADES | |
| 1.1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.2. ANTECEDENTES | 3 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN | 6 |
| 1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 7 |
| 1.5. OBJETIVOS | 8 |
| 1.6. MARCO TEORICO..... | 9 |
| CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO | |
| 2.1.DISEÑO..... | 37 |
| 2.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS URACCAN..... | 37 |
| CAPITULO III. DESARROLLO | |
| 3.1.RESULTADOS..... | 48 |
| 3.2.DISCUSIÓN | 52 |
| 3.3.CONCLUSIONES | 55 |
| 3.4.RECOMENDACIONES..... | 56 |
| CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA | |
| 4.1. BIBLIOGRAFIA..... | 57 |
| CAPITULO V.ANEXOS | |
| 5.1. CUADROS..... | 60 |
| 5.2. GRAFICOS..... | 75 |
| 5.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN..... | 91 |
| 5.4. ENCUESTA INFORMANTES CLAVES..... | 96 |
| 5.5. IMÁGENES..... | 102 |

Dedicatoria

“Cuanto mayor sea el esfuerzo, mayor es la gloria”

Queremos dedicar nuestro trabajo monográfico a nuestros seres queridos y todas las personas que nos brindaron su apoyo, confianza, consejos, ánimos y orientaciones para poder llegar a culminar esta etapa.

Agradecimientos

A Dios

Fuente infinita de vida y santidad, de sabiduría y entendimiento, por darnos siempre la dirección espiritual y fortaleza en nuestras vidas y por su presencia amorosa entre nosotros.

A Nuestros Padres

Regalos preciosos de Dios y fuente de inspiración de nuestras metas, por sus luchas abnegada y perseverante en pro de nuestra formación profesional.

A nuestra Tutora MSP. Yadira Medrano

Por su apoyo incondicional, por su dedicación y tolerancia para con nosotros en cada una de las fases de este estudio.

A los docentes participantes

Por su valiosísima colaboración y paciencia en el aporte de datos indispensables para la realización de este trabajo.

Gracias por formar parte en esta etapa de nuestra vida.

Resumen

En este estudio se determinaron los Conocimientos, actitudes y practicas sobre las medidas Cardioprotectoras en docentes no relacionados con medicina de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN). Se identificó la sede principal, en RAAN-Bilwi. Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo de corte transversal, para lo cual se tomó un universo de 40 docentes y una muestra de 30, se diseñó un instrumento validada por informantes claves los cuales eran conocedores de las MCP. Los docentes que aceptaron participar en el estudio recibieron un cuestionario estructurado que fueron llenados de forma anónima.

Solamente el 66.6% de los entrevistados había escuchado alguna vez sobre Medidas Cardioprotectoras, siendo la televisión donde la mayoría (60%) recibió información referente a cardioprotección. Gran parte de los entrevistados tienen conocimientos y practicas principalmente Regulares, sin embargo las actitudes que tienen estos son favorables, por lo tanto reconocen los beneficios de la cardioprotección y las consecuencias de las enfermedades cardiovasculares, pero no son puestas en práctica en su totalidad.

Es pertinente promover actividades aeróbicas dentro del Recinto Universitario, tomando en cuenta que el nivel de conocimiento sobre MCP en estos docentes es regular, por lo tanto surge la necesidad de darles a conocer los resultados de este estudio a fin de hacer conciencia sobre la prevención de enfermedades cardiovasculares y evitar complicaciones futuras.

1.1 INTRODUCCIÓN

Las Medidas Cardioprotectoras son prácticas que tienen por objetivo evitar una patología cardiovascular y/o disminuir sus complicaciones, mediante la reducción de factores de riesgo adaptando nuevas formas de estilos de vida saludables.

La cardioprotección puede aplicarse de distintas maneras. Durante un evento cardiovascular agudo, las medidas de protección pueden limitar el daño y promover la supervivencia. En aquellos que han sufrido previamente un evento cardiovascular, las medidas cardioprotectoras previenen la recurrencia y el daño cardiovascular a largo plazo. Las medidas protectoras también pueden prevenir la aparición de eventos cardiovasculares primarios en la población general y en personas con alto riesgo de presentarlos debido a un perfil cardiovascular adverso (1)

Es necesario saber reconocer la presencia de los factores de riesgos cardiovasculares, para aceptar o establecer que una determinada característica biológica, factor ambiental o hábito es un factor de riesgo vascular (FRV) se requiere que tenga un método de medida estandarizado, que los estudios prospectivos sean concordantes, que haya un efecto aditivo cuando en un individuo concurren varios factores de riesgo y que la modificación del factor putativo, en el caso de los factores modificables, se siga de una disminución del riesgo

Factores de riesgo tradicionales. La edad, el sexo, el hábito de fumar, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, la diabetes mellitus, el sobrepeso/obesidad, el sedentarismo y la dieta aterogénica son los factores de riesgo cardiovascular que por su elevado poder predictivo se utilizan en la práctica clínica para evaluar el riesgo cardiovascular individual.

A la hora de establecer medidas preventivas encaminadas a reducir el riesgo de complicaciones vasculares es más eficiente dirigirlas a aquellos sujetos con un elevado riesgo cardiovascular (RCV).¹

Para ello, en individuos asintomáticos se utilizan ecuaciones o tablas de riesgo derivadas de grandes estudios epidemiológicos que consideran el número e intensidad de los factores de riesgo presentes en un determinado sujeto. A pesar de ser una herramienta extraordinariamente valiosa, la clasificación que producen es en muchas ocasiones inadecuada. Una forma de mejorar la predicción del RCV sería la identificación de aquellos individuos que ya presentan enfermedad vascular (EC) pero que estuvieran clínicamente asintomáticos. Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que el riesgo de complicaciones vasculares de estos sujetos es muy elevado. Además de mejorar la estratificación del riesgo, la búsqueda de enfermedad arterial asintomática pudiera tener una especial relevancia en la detección precoz de lesiones vasculares susceptibles de tratamiento invasivo antes de que generen complicaciones vasculares. Esto puede ser especialmente importante en los sujetos que van a ser sometidos a cirugía mayor. Por todos estos motivos, existe un notable interés en el desarrollo de diferentes técnicas de imagen, como la tomografía helicoidal, la resonancia magnética y/o la tomografía computarizada de haz de electrones, encaminadas a demostrar la presencia de arteriosclerosis coronaria de forma no invasiva. Sin embargo, estas técnicas continúan en fase de investigación, son caras y su acceso es muy limitado, por ello su aplicación práctica universal parece lejana. Actualmente hay disponibles otras técnicas sencillas, que pueden ser accesibles a segmentos seleccionados de la población y que podrían tener una gran utilidad en la identificación de sujetos asintomáticos con enfermedad vascular (2)²

(1) Adams R, Chimowitz M, Alpert J, Awad I, Cerqueria M, Fayad P, et al. Coronary risk evaluation in patient whit transient ischemic attack and ischemic stroke. American Heart Association/American Stroke Association. Circulation. 2003; 108(1278-90).

(2) Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Foz Sala M, Mantilla T, Serra Majem L, Moreno B, et al. Estudio DORICA fase II. Tablas de evaluacion del riesgo coronario adaptadas a la poblacion española. Estudio DORICA. Med Clin (Barc). 2004; 123(686-91).

1.2 ANTECEDENTES

En Centro América y México (según el informe de la OPS “Health in the Américas 2007”) las medidas cardioprotectoras son una de las principales bases en la prevención de eventos cardiovasculares, sin embargo las medidas cardioprotectoras en países como EEUU y países Europeos obedecen a un cumplimiento más estricto y por tanto mejor calidad de vida tras la prevención de factores de riesgos cardiovasculares. En los últimos reportes correspondientes a cada país se revela la siguiente información: En México la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón en el año 2004 fue de 47.9 por 100.000 habitantes, ocupando el segundo lugar de las causas de muerte. En Belice en el 2005 las enfermedades cardiovasculares representaron el 21,3% de todas las defunciones registradas. En Guatemala en el 2003 las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares mostraron una tasa de muerte de 18.8 por cada 100.000 habitantes, ocupando el primer lugar en causas de muertes. En Honduras el sistema público de salud (donde ocurren el 20% de todas las defunciones) reporta 3.1% de defunciones por enfermedades cardiovasculares, lo cual nos da un estimado general de aproximadamente 15-16%. En Costa Rica, en el 2004, las enfermedades cardiovasculares mostraron una tasa de mortalidad de 50.6 por 100.000 habitantes. Panamá en el 2004, reporta una tasa de 44.7 por cada 100.000, ocupando el segundo lugar en causas de muerte (1,2).

En el estudio “Estimación del Riesgo Cardiovascular en Docentes del RURD, UNAN-MANAGUA, usando el Algoritmo PROCAM estándar”, realizado por el Laboratorio de Bioquímica Clínica de la Facultad de Ciencias Médicas, durante el año 2004, una investigación descriptiva de corte transversal, con una muestra de 155 seleccionados al azar, que representó el 39% de los docentes (61% de mujeres y 39% de hombres) se obtuvieron los siguientes resultados. (3)⁽³⁾

- La edad promedio de las mujeres fue de 45.5 años y la de los hombres de 46.5 años.

(3) Silva R, al. e. Estimación del Riesgo Cardiovascular de los docentes mayores de 35 años del Recinto Universitario Rubén Darío "RURD" de la UNAN-MANAGUA, usando el algoritmo PROCAM estándar. MANAGUA: UNAN; 2004.

- 92.3% mostraron riesgo cardiovascular bajo, mientras 3.2% resultaron con riesgo moderado, y 3.2% con riesgo alto.
- 67.3% mostraron valores de presión arterial sistólica mayores que los valores deseables (es decir mayor de 129-129 mmHg). 41.3% mostraron valores menores de 120, 27.1% entre 120-129, 14.2% entre 130-149, 24% entre 140-159, y 2% mayor de 160.
- 40.6% mostraron valores de colesterol-HDL menores que los deseables (es decir menor 35 mg/dl), 34.8% entre 35-44, 20.6% entre 45-54 y 2.6% mayor de 54(12)
- 60.7% mostraron valores de Triglicéridos mayores que los deseables (es decir mayor de 150 mg/dl), 3.9% mostraron valores menores de 100, 34.2% entre 100-149, 38.1% entre 150-159 y 22.6% mayores de 199.
- 38.7% mostraron valores de Colesterol-LDL mayores que los deseables (es decir mayor de 129 mg/dl), 36.1% menores d 100, 23.9% entre 100-129, 18.7% entre 130-159, 7.7% entre 160-189 y 12.3% mayores de 180
- 29% de los docentes mostraron valores de Colesterol Total mayores que el valor deseable (es decir mayor de 200 mg/dl), 71% menores de 200, 14.8% entre 200-239 y 13.5% mayores de 240 (3)

16% de los participantes afirmaron ser fumadores.

3% de los participantes declararon ser diabéticos.

18.1% tenían antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares.

Estudio descriptivo: estimación del riesgo vascular en la planta del área administrativa que labora en Recinto Universitario Rubén Darío en la UNAN Managua usando el algoritmo PROCAM estándar en el periodo de Agosto 2008-Agosto 2009. Elaborado por bachilleres Gabriela Valeria Flores, Tatiana Cisneros Hernández, Josué Israel Pérez Jaenz.

El cual logro estimar que un 83.13% de la población estudiada tiene riesgo bajo un 9.04% tiene un riesgo moderado y un 3.01% tiene riesgo alto, que un 85.5% eran sedentarios, un 45.75% presento sobrepeso y un 28.9% obesidad en diferentes grados. (4)⁴

En otro estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas a cerca de medidas cardioprotectoras en docentes de la UNAN–MANAGUA Mayo-Junio 2012”, realizado por bachilleres de la Facultad de Ciencias Médicas, un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 100 docentes, que correspondía al 20.2% del universo, (55% masculino y 45% femenino) se obtuvieron los resultados siguientes:

- La edad predominante estuvo entre 46 y 60 años, con un 48%; la mayoría de los entrevistados eran casados con un 61%; y 76% residían en área urbana.
- 60% de los docentes han escuchado sobre medidas cardioprotectoras, el 40% las desconoce.
- Los conocimientos el 57% de los docentes tiene conocimientos Regulares
- Las actitudes de los docentes en su mayoría fueron favorables 91%
- Las prácticas de medidas cardioprotectoras fueron practicas Medias con un 85%, solamente un 15% tenía practicas Altas (5)⁵

(4) Flores E, Cisneros T, Pérez J. Estimacion del riesgo cardiovascular en el personal de planta del area administrativa, que labora en el Recinto Universitario Rubén Darío de la UNAN-Managua, usando el algoritmo PROCAM estandar. Managua: UNAN-MANAGUA; Agosto 2008- Agosto 2009.

(5) Matamoros A, Zepeda Perez J, Salinas Lopez A, Suarez A. Conocimientos, actitudes y prácticas a cerca de medidas cardioprotectoras en docentes de la UNAN–MANAGUA. 2012 Mayo-Junio. Trabajo de Investigacion aplicada V año.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta el incremento de las enfermedades crónicas y la asociación de factores de riesgo cardiovasculares como el sedentarismo, tabaco, estrés en la que están expuestos muchos docentes de la URACCAN, los predisponen a un evento cardiovascular, por lo tanto, surge la necesidad de estimar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de estos docentes acerca de medidas cardioprotectoras y brindar las bases para futuras intervenciones para el mejoramiento de la calidad de vida de los docentes.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de los enormes esfuerzos realizados para comprender la enfermedad cardiovascular y su prevención, todavía permanece como la principal causa de muerte en los adultos. (6)⁶

Datos recogidos en la entrevista realizada a los docentes de la URACCAN, revelan que el 50% de ellos son mayores de 45 años, más del 80% son del casco urbano, y el 30% de ellos no presenta conocimientos sobre medidas cardioprotectoras.

La incidencia de eventos cardiovasculares se eleva después de los 45 años y es más elevada en personas que viven en el sector urbano, por lo tanto los docentes de la URACCAN presentan factores de riesgo para desarrollar dichas patologías, agregándole la falta de conocimientos que presentan algunos, es por eso que surge la necesidad de preguntarnos:

¿Cuáles son los Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de medidas cardioprotectoras en docentes de la URACCAN en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2014?

(6) Expert Panel on Detection. Evaluation (Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). JAMA. 2001; 285(2486-97).

1.5 OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca de Medidas Cardioprotectoras (MCP) que tienen los docentes de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe (URACCAN) en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2014.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar demográficamente la población en estudio.
2. Valorar la información y el nivel de conocimiento que tiene la población en estudio acerca de las Medidas Cardioprotectoras.
3. Identificar las actitudes que presenta la población en estudio acerca de las Medidas Cardioprotectoras.
4. Conocer las prácticas que realiza la población en estudio acerca de las Medidas Cardioprotectoras.

1.6 MARCO TEORICO

i. Conocimientos, actitudes y prácticas.

Las encuestas CAP pueden convertirse en instrumentos útiles para la elaboración de programas de intervención educativa que a su vez incorporen fundamentos teóricos para su justificación.

a. Conocimientos.

Este término que se usa en el sentido de hecho, información, concepto; pero también comprensión y análisis. Sin embargo, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, aunque es esencial para que la persona haga conciencia y adopte o modifique una determinada conducta. Dicho conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas.

b. Actitud.

Estas son adquiridas y no heredadas obtenidas del conocimiento empírico por lo que su desarrollo implica socialización y hábito. La actitud también es la predisposición o tendencia a actuar.

Existen varios métodos para medir las actitudes, pero el utilizado en este trabajo es la escala de Likert; la cual consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorables o negativas. Si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud y cuando los sujetos estén más de acuerdo con la afirmación su actitud será más favorable.

c. Prácticas

Es la respuesta establecida para una situación común. El comportamiento humano está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones. Es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que él participa, siendo las prácticas regulares llamados hábitos.

La prevención de las enfermedades cardiovasculares (ECV) se basa en el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables, entre los que destacan la hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia, el tabaco y la diabetes mellitus. El manejo práctico de la prevención de la ECV se ha modificado sustancialmente en los últimos años. Hoy se prefiere hablar de estratificación del riesgo en lugar de prevención cardiovascular primaria y secundaria.

La prevención secundaria incluye no sólo episodios coronarios previos sino equivalentes coronarios: claudicación intermitente, ictus cerebrovascular isquémico, enfermedad aterosclerótica asintomática grave, y se considera de entrada como de alto riesgo. Las últimas recomendaciones de prevención cardiovascular, tanto europeas como americanas, equiparan la diabetes mellitus (DM) con prevención secundaria, y las primeras consideran también de alto riesgo a los sujetos con hiperlipidemias primarias y aquellos que presentan valores muy elevados de algún FR como: colesterol total = 320 mg/l, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) = 240 mg/dl, y a los sujetos con HTA = 180/110 mmHg. Por ello el primer paso en la valoración del RCV será saber si el paciente está en situación de prevención secundaria (riesgo alto) o primaria. En esta última situación se debe hacer una valoración del RCV absoluto, teniendo en cuenta la globalidad de los FRCV que presenta el paciente, y en función de ese RCV absoluto se decidirá la actuación sobre el o los FRCV.

Desde hace años está bien establecida la evidencia científica de una serie de FRCV tradicionales mayores, entre los que hay que destacar los que por la mayor categoría y fuerza de la evidencia científica se computan para la estratificación del riesgo individual. Por otra parte a lo largo de los últimos decenios muchos otros factores de riesgo fueron relegados de la práctica clínica por su escaso valor predictivo, a la par que en los últimos años han surgido con fuerza estudios que proponen la introducción de factores de riesgo nuevos, no convencionales o “emergentes” con la pretensión de que sean incorporados en la evaluación y estratificación del riesgo cardiovascular (RCV) en los individuos y en las

poblaciones, con las consiguientes implicaciones en las decisiones preventivas y terapéuticas (7)⁷

De acuerdo con las últimas recomendaciones del *National Cholesterol Education Program* que son las más seguidas y que gozan de mayor predicamento en todo el mundo los denominados FRV emergentes. Llama la atención la denominación de “emergentes” de algunos de los FRV ya que son bien conocidos desde hace decenios y han sido objeto exhaustivo de discusión, controversia y re análisis, independientemente de que finalmente se haya llegado o no a un consenso para incluirlos entre los parámetros a tener en cuenta en la evaluación del RCV individual (6)

ii. Factores emergentes lipídicos de riesgo para la enfermedad cardiovascular.

- Cociente colesterol total/colesterol HDL
- Apolipoproteínas
- Subclases de las HDL
- Triglicéridos
- Partículas de LDL “pequeñas y densas”
- Lipoproteínas residuales o remanentes
- Lipoproteína(a)

iii. Factores emergentes no lipídicos de riesgo para la enfermedad cardiovascular.

- Marcadores de inflamación
- Homocisteinemia
- Glucemia en ayunas alterada
- Factores trombogénicos/hemostáticos.

(7) Grundy S, Pasternak R, Greenland P, Smith S, Fuster V. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk factor assessment equations. ACC/AHA Scientific Statement. *Circulation*. 1999; 100(1481-92).

iv. Factores de Riesgo Tradicionales

La evidencia científica disponible sobre el papel de los FRV tradicionales mayores es abrumadora, está bien contrastada y pasó ya hace años a los libros de texto. A esta lista de “factores de riesgo mayores”, el *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII)* añade además la microalbuminuria o alternativamente una estimación del filtrado glomerular inferior a 60 ml/min. (8)⁸

El elevado poder predictivo de los FRV mayores está bien establecido no sólo por la unanimidad de los hallazgos de los grandes estudios epidemiológicos, sino también porque disponemos de numerosos estudios de intervención sobre el estilo de vida y farmacológicos, especialmente para el caso de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial, que han confirmado que la reducción del factor de riesgo se acompaña de una disminución de los episodios clínicos de enfermedad cardiovascular tanto en los individuos en prevención primaria como en los pacientes que han presentado ya manifestaciones de ECV. (9)⁹

Conviene destacar que los puntos de corte para la edad son arbitrarios, pero su utilidad a los efectos de poder evaluar el riesgo individual está bien contrastada, aun cuando el *National Cholesterol Education Program* en las tablas que suministra para calcular el riesgo cardiovascular individual en términos de porcentaje de riesgo en los siguientes 10 años estratifica los segmentos etarios por décadas. Estas consideraciones son también especialmente válidas para las cifras definitorias de hipertensión arterial y que son coincidentes con el denominado estadio 1 de hipertensión arterial de la clasificación del JNC VII, y la misma consideración es válida cuando arbitrariamente se hacen puntos de

(8)(SEC) (Grupo de trabajo para el Manejo de la Hipertensión Arterial. *Journal of Hypertension*. 2007; 25(1105-1187).

(9) Consumo MdSy. *Control de Colesterolemia en España*. Madrid: Secretaria General tecnica del Mministerio de Sanidad y Consumo; 2000.

corte para las concentraciones plasmáticas de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL) y colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (HDL).

Para todos los FRV, excepción lógica del sexo como variante discontinua que es, hay una relación estrecha entre la dosis del factor y el riesgo de presentar un episodio de ECV, y esto es especialmente importante en el caso de la presión arterial y la colesterolemia, ya que no hay puntos de corte que permitan separar el riesgo de la ausencia del mismo y, además, en el caso de esta última hay que enfatizar que su relación con el RCV no es lineal, sino que a partir de unas cifras de colesterol total en el plasma del orden de los 250 mg/dl la relación adopta un carácter claramente exponencial.

Otra consideración importante que se deriva de forma unánime de los hallazgos de los distintos estudios epidemiológicos es que la concurrencia de varios de los FRV mayores en un mismo individuo hace que el riesgo final resultante sea muy superior al que cabría esperar de la simple adición de cada uno de ellos hecho de gran importancia para estratificar y cuantificar el riesgo y para diseñar las medidas de intervención preventivas y terapéuticas. (7)

En el contexto de los factores de riesgo tradicionales lipídicos, el Panel III del *National Cholesterol Education Program* (NCEP-III) hace unas consideraciones sobre la utilización de la concentración plasmática del colesterol no HDL como parámetro a evaluar. La racionalidad de esta proposición se basa en que compendia la suma de las dos familias lipoproteicas aterogénicas: las partículas de LDL y las partículas ricas en triglicéridos, que discutiremos más adelante al analizar los factores de riesgo emergentes. Sin embargo, hay que señalar que en ninguna de las fórmulas y algoritmos usuales para estratificar el RCV global se incluye el colesterol no-HDL, aunque el Panel III sí lo considera un objetivo terapéutico secundario en el caso particular de los individuos con hipertrigliceridemia. (7)

v. Factores mayores tradicionales de riesgo cardiovascular.

➤ Edad y sexo (hombres ≥ 45 años, mujeres ≥ 55 años)

- Tabaquismo
- Hipertensión arterial (PA \geq 140/90 mmHg o en tratamiento antihipertensivo)
- Aumento colesterol LDL.
- Disminución colesterol HDL (< 40 mg/dl)
- Antecedente familiar de enfermedad cardíaca coronaria prematura
- Hombres familiares en primer grado < 55 años
- Mujeres familiares en primer grado < 65 años
- Diabetes mellitus.
- Estilo de vida (sobrepeso/obesidad, sedentarismo, dieta aterogénica)

La detección de sujetos con elevado riesgo se realizará preferentemente en las consultas de Atención Primaria. Se debe valorar la presencia de alguno de los factores de riesgo cardiovascular mayor (hiperlipidemia, tabaquismo, hipertensión, diabetes) y estudiar la presencia de otros factores de riesgo calculando el riesgo cardiovascular global (RCG). A las personas que no presentan los factores arriba mencionados se les considera de bajo riesgo. (7)

En cuanto a la detección de hipercolesterolemia se recomienda que a todos los varones se les haga una determinación de colesterol al menos antes de los 35 años y a las mujeres antes de los 45 y después controles cada 5 años. Las prioridades de intervención se centran en los siguientes grupos, por lo que deberán ser objeto de estudio detallado (9):

1. Pacientes con enfermedad coronaria establecida u otras enfermedades vasculares (cerebral o periférica).
2. Personas con una combinación de factores de riesgo que los definen como de alto riesgo vascular: dislipidemia severa, dislipidemia familiar, tabaquismo, hipertensión arterial y diabetes mellitus.
3. Familiares de primer grado de pacientes con enfermedad coronaria precoz (menores de 55 años en varones y menores de 60 años en las mujeres).
4. Otras personas en las que se detecten factores de riesgo de forma oportunista.

El proceso diagnóstico del paciente con riesgo cardiovascular elevado no se diferencia de cualquier acto clínico y debe basarse en la historia clínica, la exploración física y los análisis y pruebas complementarios. (7)

vi. Métodos para el cálculo del riesgo Cardiovascular

La mayoría de los instrumentos disponibles nos permiten calcular el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular en los próximos años, generalmente en los siguientes 10 años.

Cada uno de los modelos que se pueden utilizar incluye diferentes FR en número variable, aunque la edad, el sexo, el tabaquismo, las cifras relativas a la presión arterial y los valores concernientes al perfil lipídico suelen ser el denominador común en todos los modelos.

No obstante, algunos de los modelos permiten calcular el RCV global, esto es el riesgo de padecer alguna de las enfermedades cardiovasculares que asientan en los distintos territorios (coronario, cerebral, periférico), mientras que con otros modelos se puede calcular el riesgo coronario exclusivamente (angina, infarto agudo de miocardio y/o muerte de origen coronario). Aun todavía, algún modelo se centra únicamente en el riesgo de padecer accidentes coronarios “duros” (sólo infarto y/o muerte).

En general, se puede considerar que los accidentes “duros” suponen los dos tercios del riesgo coronario total, y éste las tres cuartas partes del riesgo cardiovascular global. Estas proporciones pueden ser variables dependiendo de las poblaciones consideradas, pero nos permiten realizar aproximaciones y extrapolar resultados conociendo otros previos. (6)

Finalmente, el RCV puede ser calculado de una forma cualitativa, por ejemplo en una escala de leve, moderado, alto o muy alto, sobre la base de la presencia/ausencia de diferentes FR, ya se presenten solos o junto a otros; o mediante un cálculo cuantitativo utilizando los valores de diferentes variables (FR) incluidos en el modelo, obteniendo, así una cifra que equivale a la probabilidad de enfermedad en el periodo de tiempo

considerado. Una forma “material” de estos modelos lo constituyen las diferentes “tablas de riesgo” de las que se dispone. (7)

vii. Tablas de RCV

Las tablas de RCV son métodos simplificados para calcular el riesgo, basados en ecuaciones de riesgo de distintas cohortes seguidas durante un período de tiempo. Por tanto, la mayoría de ellas, y desde luego las más utilizadas, se derivan de grandes estudios epidemiológicos.

Esto facilita su generalización y su aplicación individual en grandes poblaciones. Incluyen datos sobre diferentes FR en un individuo concreto, considerando que los potenciales beneficios de la intervención se relacionan más con la magnitud del RCV global que con un solo y específico FR.

Es preciso señalar que las tablas de RCV son aplicables a la población en general, a fin de detectar un riesgo elevado en los sujetos, lo que obligaría a la intervención sobre la persona valorada. Por tanto, carecen de interés en individuos de los que ya se conoce que son portadores de un riesgo elevado; por ejemplo, pacientes con cardiopatía isquémica previa o alguno de sus equivalentes, hipercolesterolemia familiar, hipertensión arterial con lesión en órganos diana o antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz. Todos estos son candidatos a un tratamiento específico, sea cual fuere su riesgo, considerando que es de por sí alto o muy alto. (7)

Por tanto, el objetivo de las tablas es más bien poder emprender acciones de prevención primaria de la enfermedad, y no identificar enfermos que precisen una prevención secundaria. De esta forma, la aplicación de las tablas no evita la intervención sobre FR de gran intensidad, sea cual sea el RCV global. Algunos modelos consideran a los enfermos diabéticos como individuos de alto riesgo, y por tanto no candidatos a evaluar su riesgo individual.

Otros, sin embargo, incluyen la diabetes en el modelo, atribuyéndole el riesgo adicional que implica la presencia de este trastorno metabólico.

Un aspecto importante que debe señalarse es que cualquier algoritmo o tabla para el cálculo del RCV derivado de un estudio regional o nacional concreto puede no ser muy apto para predecir el riesgo individual en otra población.

Como es lógico pensar, el RCV puede diferir de un país a otro debido, fundamentalmente, a una diferente prevalencia de los FR y a un diferente impacto de los mismos en la morbimortalidad cardiovascular. (6)

Este hecho explica que podamos contar con diferentes modelos que proceden de distintos estudios regionales o nacionales, y que podrían ser validados en otras poblaciones aun cuando no fueran las de origen.

También es cierto que lo importante es aplicar un modelo para el cálculo, aunque no tenga su origen en la propia población si tenemos en cuenta que, en todo caso, puede servir a efectos comparativos interindividuales (diferentes individuos) e intraindividuales (mismo individuo en distintas fases de tratamiento). (6)

Estas particularidades y la necesidad de disponer de una herramienta aplicable a las distintas poblaciones es el origen de diferentes modelos nacionales:

1. Tablas de Riesgo de Nueva Zelanda (1993).
2. Tablas de Sheffield, para Reino Unido (1996).
3. Tablas de las Sociedades Británicas (1998).
4. Tablas de Framingham (1998).
5. Tablas derivadas del estudio PROCAM, en Alemania (1998).
6. Tablas de las Sociedades Europeas, derivadas del modelo de Framingham (1998).
7. Tablas del estudio PRECARD, para Dinamarca (2001).
8. Tablas del estudio SCORE, para Europa (2003).

Más recientemente se han publicado unas tablas a partir del Estudio DORICA, y que aportan la ventaja de su amplia base poblacional desde el punto de vista geográfico y numérico.

A expensas de validar la utilidad, así como la concordancia o discordancia entre los distintos modelos, consideramos que las tablas que pueden ser utilizadas como “patrón” a las que en nuestro medio se debería recurrir, proceden de tres fuentes: el estudio Framingham, el estudio SCORE y el estudio DORICA. (2)

a. Tablas de Framingham.

Utilizaban las variables: edad, sexo, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL), colesterol total, presión arterial sistólica, tabaquismo, diabetes e hipertrofia ventricular izquierda. Mide el riesgo coronario (angina, infarto de miocardio y muerte de origen coronario) a los 10 años. La primera versión se publicó en 1991. Con el fin de adaptarlas a las recomendaciones del *National Cholesterol Education Program* (NCEP), en 1998 se publicaron las llamadas tablas de riesgo por “categorías”, en las que se incluye también la presión arterial diastólica y se elimina la hipertrofia ventricular izquierda. Una variante incluye el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) en lugar del valor de colesterol total.

A partir de 1999 se modifican las tablas a la versión actual, a la vez que se incluyen los nuevos criterios diagnósticos para la diabetes.

Se trata de un modelo internacionalmente reconocido y aceptado, recomendado muy especialmente por las sociedades científicas americanas (AHA y ACC). Gran parte de las diferentes tablas para el cálculo del riesgo coronario están hechas a partir de este modelo.

En nuestro medio pueden tener un inconveniente que no es otro que una “sobrestimación” del riesgo si consideramos que, tanto la prevalencia de ciertos factores de riesgo como la mortalidad cardiovascular son sensiblemente inferior en Latinoamérica que en EE.UU. (6)

b. Tablas del SCORE

Proceden de la estimación del riesgo de muerte de origen cardiovascular (coronaria o extracoronaria) en diferentes países europeos. Se evalúa, por tanto, el riesgo de cualquier accidente cardiovascular mortal en los siguientes 10 años. Se incluyen las variables: edad, sexo, tabaco, presión arterial sistólica y colesterol total. Otra versión tiene en consideración el cociente colesterol total/c-HDL. No se incluye la diabetes porque es considerada de por sí como una situación de alto riesgo, y por tanto candidata a una prevención secundaria. En tanto en cuanto no dispongamos de unas tablas propias validadas para nuestra población, son un modelo utilizable con garantías razonables. (10)¹⁰

c. Tablas del estudio DORICA

El estudio DORICA (Dislipidemia, Obesidad y Riesgo Cardiovascular). Incluye estudios españoles con una población total analizada muy amplia (cerca de 15.000 individuos), procedentes de 9 comunidades autónomas (de diferentes áreas geográficas: costa, interior, insulares, norte y sur).

Las variables que se incluyen son: edad (años), sexo (hombre/mujer), hábito tabáquico (sí/no), colesterol total (mg/dl), y presión arterial sistólica y diastólica (mmHg).

Con los datos derivados del estudio se ha establecido la prevalencia de los distintos factores de riesgo en la población, así como la fracción de riesgo atribuible a cada uno de los factores.

La consideración y valoración, de forma paralela, de la incidencia de acontecimientos coronarios adversos en las poblaciones estudiadas, permite diseñar unas tablas para evaluar el riesgo coronario, adaptadas al conjunto de la población latina. (2)

(10) Brotons C, Royo-Bordonada M, Álvarez Sala L, Armario Conthe P, al. e. Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Aten Primaria. 2004; 34(427-32).

El resultado se corrige en función de la concentración de c-HDL. Se disponen de tablas para hombres y para mujeres, con o sin diabetes mellitus (siguiendo los criterios actuales de la ADA), con tablas diferentes para unos que para otros, ponderando así el riesgo adicional del diabético.

Como en la mayoría de las tablas, un código de colores señala el riesgo coronario, correlacionado con una cifra que no es otra cosa que la probabilidad de padecer un accidente coronario en los próximos 10 años. Se considera un riesgo alto aquel que supera el 20%, y muy alto cuando supera el 40%. (2)

viii. Práctica asistencial.

El cálculo del RCV global en un individuo, ya sea cardiovascular total o sólo coronario, permite la identificación y selección de pacientes susceptibles de intervención. Sin embargo, la auténtica utilidad reside en clasificar a los pacientes al objeto de desarrollar en ellos diferentes estrategias de intervención, aplicando las mejores evidencias científicas para la prevención o disminución del RCV. De ahí que sea preciso estratificar el riesgo, que en el caso del riesgo coronario habitualmente se hace de la siguiente forma:

1. Riesgo bajo: inferior al 5%.
2. Riesgo ligero: entre 5 y 9%.
3. Riesgo moderado: entre 10 y 19%.
4. Riesgo alto: entre 20 y 39%.
5. Riesgo muy alto: superior al 40%.

Esto quiere decir que disponer de unas tablas para calcular el riesgo es sólo el primer paso, en el acto siguiente, es preciso señalar qué hay que hacer cuando el riesgo es de una magnitud u otra.

Considerar un riesgo alto cuando la probabilidad de padecer un accidente coronario supera el 20% en 10 años (punto de corte más comúnmente aceptado) obliga a tomar medidas

sobre los distintos factores de riesgo, frecuentemente intensas pero que, en todo caso se han demostrado que se ajustan a un costo-beneficio. Estas actuaciones posteriores a la evaluación del riesgo individual son las que habrán de recogerse en los protocolos de práctica. (6)

ix. Factores de Riesgos No Modificables (6):

- Historia Familiar de enfermedades Cardiovasculares: tienen una mayor propensión a desarrollar enfermedades de este tipo.
- Edad: A mayor edad, aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, producto del envejecimiento natural de los tejidos.
- Sexo: Los hombres tienen mayor probabilidad de tener una enfermedad que afecta a las coronarias.

x. Factores de Riesgos Modificables (10):

- Tabaco: El riesgo de infarto de miocardio de los fumadores es más del doble que el de los no fumadores. El humo del tabaco es el principal factor de riesgo para la muerte súbita de origen cardiaco y los fumadores tienen de dos a cuatro veces más riesgo que los no fumadores. Los fumadores que tienen un infarto tienen mayor probabilidad de morir y de morir súbitamente (en la primera hora). El humo del tabaco también actúa con otros factores de riesgo para potenciar el riesgo de cardiopatía coronaria.
- Colesterol elevado: A medida que aumenta el nivel de colesterol en sangre, aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria. El nivel de colesterol de una persona depende de la edad, el sexo, la herencia y la alimentación
- Hipertensión arterial: el corazón realiza un mayor trabajo, con esto va hipertrofiando el músculo cardíaco y necesita consumir más oxígeno lo que aumenta el riesgo de infarto miocárdico.
- Sedentarismo: La falta de actividad física aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.

- **Obesidad:** El exceso de peso aumenta el riesgo de provocar un accidente cerebrovascular o infarto cardiaco. La obesidad obliga a realizar un mayor trabajo cardíaco.
- **Diabetes:** La diabetes aumenta significativamente el riesgo de enfermedad cardiovascular. Las mujeres con diabetes tienen entre 3 y 5 veces más riesgo de tener enfermedades cardíacas y ACV que las mujeres no diabéticas. En cambio en los hombres el riesgo de cardiopatía isquémica en presencia de diabetes es sólo de 2-3%. Alrededor de dos tercios de las personas diabéticas mueren de alguna enfermedad cardiovascular.

xi. **Modificaciones de estilos de vida (10)**

Los cambios en el estilo de vida son de inestimable importancia en la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Comprenden la cesación del hábito de fumar, la alimentación saludable y la práctica de ejercicio, incluyendo las medidas tendientes a corregir el sobrepeso.

La descripción de las actuales estrategias para fomentar el abandono del tabaco y para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad exceden los objetivos de esta actualización (3).

Respecto del tabaquismo mencionamos que actualmente contamos con estrategias conductuales y farmacológicas como el bupropion y los sustitutos de nicotina que aumentan la tasa de éxito en la cesación tabáquica.

En cuanto a las medidas tendientes a corregir la obesidad se debe aconsejar un plan alimentario y ejercicios. Si bien lo "ideal" sería mantener un índice de masa corporal por debajo de 25, la reducción del 5% del peso corporal tiene efectos beneficiosos sobre la salud. En casos seleccionados, pueden emplearse drogas como la sibutramina y el orlistat, excediendo los límites de este documento los aspectos vinculados con la prescripción de estos tratamientos.

a. Dieta

Constituye siempre el primer escalón en la prevención de la ECV. En toda persona que acuda a consulta, se debe recomendar una dieta equilibrada de acuerdo con el gasto energético para mantener un peso adecuado, evitando fundamentalmente grasas saturadas. Se puede permitir un consume muy moderado de alcohol y de sal.

Una dieta saludable se caracteriza por una ingesta de grasas inferior al 30% del aporte calórico diario total, no debiendo las grasas saturadas superar el 5%, las poli-insaturadas un 10% y las monoiinsaturadas el 15% restante.

La ingesta de colesterol debe ser inferior a 300mg por día. Se recomienda limitar la ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono complejos ya que pueden elevar los triglicéridos y el VLDL colesterol. El aporte calórico proveniente de los hidratos de carbono debe ser del 55 al 60%. (6)

La fibra alimentaria tiene un efecto beneficioso en la colesterolemia ya que puede disminuir el LDL entre 4 y 10%.

El consumo "liviano" (menos de 30g/día en el hombre y 20g/día en la mujer) de alcohol, especialmente de vino tinto, resulta beneficioso y protector contra la enfermedad coronaria mientras que consumos más altos la promueven.

Debido a que el consumo de alcohol es un problema de salud, no debe estimularse su consumo con este argumento pero puede ser permisivo en las personas que lo consumen en estas dosis. (10) (6)

El consumo moderado de alcohol (1- 2 medidas/día) ha sido asociado con la reducción en el riesgo de enfermedad cardiovascular. Este efecto beneficioso se ha atribuido mayormente a:

- La acción positiva sobre la concentración de HDL en sangre.

- La reducción de la agregación plaquetaria.

La ADA recomienda, en el caso de consumir bebidas alcohólicas, un límite de:

- 2 medidas (30 g de etanol) por día en el caso de los hombres.
- 1 medida en el caso de las mujeres.

Una medida de alcohol equivale a:

- 2 latas de cerveza ó
- 150 ml de vino (1 vaso) ó
- 30 ml de whisky.

La sal no influye en los lípidos, pero con el hecho de que en las regiones que se consume esta dieta se observa menos desarrollo de enfermedad cardiovascular y cáncer, es permitido un consumo ligero de esta.

Los alimentos en regiones q consumen sal se caracterizan por consumo de grasa no saturada como aceite de oliva, alto consumo de vegetales, hortalizas y pescado y toma habitual de vino tinto. (6)

Un modo práctico de explicar estos cambios de hábitos alimentarios es decirle a los pacientes que consuman: (6)

- Al menos cinco porciones de vegetales o frutas frescas por día (ej. como guarnición y postre por comida principal más una fruta como merienda).
- Hortalizas, legumbres y cereales, eligiendo especialmente los de grano completo (ej. arroz integral).
- Lácteos descremados, aceite de oliva y frutas secas (ej. nueces).
- Al menos dos veces por semana pescado.
- No comer carnes (excepto pescados) más de tres veces a la semana.
- Evitar fiambres, embutidos e ingredientes enlatados.

Una dieta sana y equilibrada reduce el riesgo a través de diversos mecanismos, entre los que se encuentran la disminución de peso, el descenso de la presión arterial, la mejora del

perfil lipídico plasmático, el control de la glicemia y la reducción de la predisposición a la trombosis. (10)

La American Heart Association recomienda un consumo mínimo de 2 porciones (200 – 400 g) semanales de pescado, mientras que el NCEP – ATP III menciona la importancia de incluir este alimento como parte de un plan de alimentación destinado a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.

La ingesta total de grasa no debería sobrepasar el 30% de la ingesta calórica total y la de ácidos grasos saturados no debería exceder un tercio de la ingesta total de grasa. La ingesta de colesterol debería mantenerse por debajo de los 300 mg/día.

Numerosos estudios han demostrado que no hay relación causal entre el consumo de huevo y enfermedad cardiovascular (9), por lo que este alimento rico en colesterol puede ser consumido, por otra parte el mayor porcentaje del colesterol total proviene del metabolismo hepático, y una pequeña cantidad de éste proviene de los alimentos. (6)

En una dieta isocalórica, la grasa saturada puede ser reemplazada en parte por hidratos de carbono complejos y en otra parte por ácidos grasos monoinsaturados y polinsaturados procedentes de alimentos de origen vegetal y pescado. (10)

El cacao y el chocolate se han asociado con la disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular. El chocolate contiene un compuesto fenolítico (flavonoide) el cual tiene propiedades antioxidantes. En estudios realizados se observó un aumento de la capacidad antioxidante del plasma y una reducción de la actividad plaquetaria. Se considera que son necesarios entre 38 g y 125 g de chocolate, con elevada cantidad de flavonoides, para lograr efectos positivos a corto y a largo plazo, respectivamente. (11)

b. Promoción del ejercicio

El sedentarismo es un factor de riesgo que debería ser modificado, Idealmente habría que realizar ejercicio cinco a seis veces por semana en sesiones de 30 a 50 minutos y a una

intensidad del 65 al 85% de la capacidad máxima. El ejercicio recomendado es el aeróbico (marcha, trote, natación, ciclismo).

Puede recomendarse al paciente que comience en la primera semana con una caminata vigorosa o práctica de ciclismo de diez minutos de duración durante la primera semana, incrementando la duración en cinco minutos por semana hasta llegar a los 30 minutos. Cuando el paciente comience a practicar algún ejercicio más intenso como trote o natación es necesario utilizar los primeros cinco minutos de la actividad para precalentamiento y elongación y los últimos cinco, para elongación. (10)

Para las personas con poco tiempo o que no disfrutan de la práctica deportiva se recomienda estimularlos a realizar tareas cotidianas que impliquen actividad física.

Por ejemplo, hacer las compras caminando 3km en 30 minutos, subir escaleras durante 15 minutos, 30 a 45 minutos de tareas de jardinería, lavar ventanas, pisos o el auto durante 45 a 60 minutos, etc. El total de actividad física diaria puede ser alcanzado a través de la suma de pequeños períodos de un mínimo de diez minutos. (2)

La actividad física debe ser fomentada en todos los grupos de edad, desde los niños hasta los ancianos, y todos los pacientes e individuos de alto riesgo deberían ser aconsejados y apoyados profesionalmente para incrementar su actividad física de forma segura, hasta alcanzar niveles compatibles con el menor riesgo cardiovascular posible (4).

c. Obesidad Y Sobrepeso

En los pacientes con enfermedades cardiovasculares y en las personas de alto riesgo es muy importante evitar el sobrepeso o en caso de que éste ya exista, intentar reducirlo. La

(11) Wood D, Baker G, Faergerman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Eur Heart J. 1998; 19(1434-1503).

reducción de peso está muy recomendada en personas obesas ($IMC \geq 30$ Kg/m²) o con sobrepeso ($IMC \geq 25$ y < 30 Kg/m²) y en aquéllas con aumento de grasa abdominal (perímetro de la cintura > 102 cm en hombres y $>$ de 88 cm en mujeres) (11)¹¹.

La disminución de peso conlleva una reducción de la presión arterial (PA), del c-LDL, un aumento del c-HDL y de la tolerancia a la glucosa.

Ante todo paciente con sobrepeso u obesidad se deben intentar reducciones de al menos 5%-10% del peso inicial. (8)

d. Hipercolesterolemia

Es de los factores más estudiados, con una relación causa efecto claramente establecida. Cuanto más baja sea la colesterolemia menor será el riesgo cardiovascular, sin que haya un límite inferior claro, por debajo del cual no haya riesgo cardiovascular.

Sin embargo, se recomiendan unas concentraciones de corte para la toma de decisiones en la práctica clínica que serán tanto menores cuanto mayor sea el riesgo cardiovascular global del paciente.

Para las decisiones clínicas se tienen en cuenta las concentraciones de c-LDL y, sin embargo, la evaluación del riesgo global se hace en función de la colesterolemia total. Si no se logran los objetivos terapéuticos con los cambios de estilo de vida, se indicarán de elección estatinas. Pueden usarse resinas o fibratos. Si no se logra el objetivo terapéutico con estos fármacos, se valorará la asociación con ezetimibe, o bien con resinas o fibratos. (12)¹²

e. Hipertensión arterial (10)

El Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria (PAPPS) recomienda medir la PA al menos una vez desde los 14 años y cada 4 años en

(12) National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection (Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. *Circulation*. 2002; 106(3143-421).

sujetos no hipertensos. A partir de los 50 años en los hombres y de la menopausia en las mujeres la toma de PA debe ser anual.

El riesgo de enfermedad cardiovascular se eleva de forma continua a medida que aumenta la presión arterial, incluso dentro del rango normal de la misma. Sin embargo, la decisión de iniciar el tratamiento dependerá no sólo de los valores de presión arterial, sino también de la valoración del riesgo cardiovascular y de la presencia o ausencia de lesiones de órganos diana. En los pacientes con enfermedades cardiovasculares, la elección del tratamiento antihipertensivo dependerá de la enfermedad cardiovascular subyacente.

La decisión de iniciar tratamiento antihipertensivo dependerá no solo del riesgo cardiovascular, sino también de la presencia de lesiones en los órganos diana.

Las medidas de estilo de vida deberían instituirse en cuanto sea posible en todos los pacientes, incluso en los que requieren terapia farmacológica.

La intención es bajar la presión arterial, controlar otros factores de riesgo y reducir el número de dosis de antihipertensivos necesarios.

Las medidas sobre el estilo de vida son aconsejables en individuos con presión normal alta y factores de riesgo adicionales para reducir el riesgo de desarrollar hipertensión posteriormente.

Los cambios en el estilo de vida que están ampliamente aceptados para descender la presión arterial o el riesgo cardiovascular, y que deberían ser considerados son: (13)¹³

- Abandono del tabaco
- Reducción de peso (y estabilización posterior)
- Reducción del consumo excesivo de alcohol
- Ejercicio físico
- Reducción del consumo de sal

(13) Force UPST. Screening for coronary heart disease: recommendation statement. Ann Intern Med. 2004; 140(569-72).

- Incremento del consumo de frutas y verduras, y reducción de consumo de grasas saturadas y totales

Las recomendaciones de estilo de vida no deberían ser tomadas como un servicio de información, sino instituirse como una conducta adecuada y apoyo de expertos, reforzándolas periódicamente

Debido a que el cumplimiento a largo plazo de estas medidas es bajo y la respuesta en la presión arterial altamente variable, los pacientes bajo tratamiento no farmacológico deberían ser seguidos de cerca para iniciar los fármacos cuando sean necesarios y adecuados en el tiempo

Los sujetos con PAS>140 o PAD>90 mmHg sostenida y de riesgo elevado requerirán tratamiento farmacológico, siendo la meta conseguir unas cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mmHg.

Similares elevaciones de la presión arterial en sujetos de riesgo bajo, sin lesiones en órganos diana, requerirán un seguimiento muy estrecho y recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida. El tratamiento farmacológico deberá considerarse teniendo en cuenta la opinión del paciente. (10) (11)

Excepto en algunas ocasiones, los individuos con una PAS<140 mmHg y una PAD<90mmHg no precisan tratamiento antihipertensivo.

Los pacientes con riesgo cardiovascular elevado o muy elevado y los sujetos con diabetes mellitus, se benefician de una mayor reducción de la PA por debajo de la meta terapéutica de <140/90 mmHg. (10) (11)

Los fármacos antihipertensivos no sólo deben reducir de forma efectiva los niveles de presión arterial. También deben presentar un perfil de seguridad favorable y ser capaces de reducir la morbilidad y mortalidad cardiovascular. (6)

Si los cambios de estilo de vida no logran los objetivos terapéuticos, se iniciará tratamiento farmacológico, eligiendo los fármacos más adecuados según las características del paciente y los otros FRCV.

f. Diabetes

Se ha demostrado que se puede prevenir o retrasar la progresión a la diabetes mediante la intervención con medidas higiénico-dietéticas (dieta y ejercicio físico) en sujetos que presentan una intolerancia a la glucosa. (10)

En pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2 existe suficiente evidencia derivada de ensayos clínicos randomizados que demuestra que el buen control metabólico previene las complicaciones microvasculares. (6)

También existen razones suficientes para afirmar que la consecución de un buen control de la glucemia puede prevenir eventos cardiovasculares en ambos tipos de diabetes mellitus (4). En la diabetes tipo 1 el control de la glucemia exige una adecuada terapia insulínica (tratamiento mediante múltiples dosis de insulina) y simultáneamente, consejo dietético profesional.

En la diabetes tipo 2 el consejo dietético profesional, la reducción de peso y el aumento de la actividad física deben ser el primer tratamiento dirigido a la consecución de un buen control de la glucemia. En caso de que la reducción de la glucemia sea insuficiente con estas medidas se debe añadir tratamiento farmacológico.

g. Tabaco (1)

Es el FRCV prevenible más importante en los países desarrollados y la causa más frecuente de muerte prematura en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define fumador a la persona que ha consumido diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, aunque sea uno. Los fumadores pasivos, aunque de menor rango, también tienen aumento del riesgo cardiovascular. Ni los cigarrillos con filtro, ni los bajos en nicotina o en alquitrán han demostrado reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.

La primera medida de prevención ante este factor de riesgo es preguntar siempre y de forma sistemática a todo paciente que acuda a la consulta: ¿usted fuma? Un consejo breve,

claro y firme del médico sobre la importancia de dejar de fumar es la intervención más efectiva y de mayor coste/efectividad comparado con otras actividades preventivas. La combinación de un consejo intensivo con estrategias conductuales asociado con tratamiento farmacológico puede lograr tasas de éxito próximas al 30% al cabo de un año. Los fármacos de primera elección en la deshabituación tabáquica serían la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y el bupropion. La TSN se puede indicar en forma de parches de absorción percutánea mantenida, reservando quizá las presentaciones en forma de chicles, comprimidos, spray nasal o inhaladores bucales de nicotina para los momentos de gran sensación de abstinencia (“rescate”), por su efecto en pico de corta duración. Estos tratamientos se mantendrán dos o tres meses ajustando la dosis al consumo previo de cigarrillos del paciente. El bupropión ha demostrado claramente su eficacia y se indicaría durante un período de dos meses. Son claves las visitas periódicas para consolidar el abandono. Las medidas destinadas a la suspensión del tabaco son altamente coste efectivas.

Uno de los elementos clave para desarrollar cualquier práctica asistencial en la prevención de las enfermedades cardiovasculares es disponer de un instrumento sencillo y fiable para el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV), aplicable a un individuo concreto de una población concreta.

Se trata, con dicha herramienta, de detectar a los individuos con un elevado RCV que son, precisamente con aquellos que ya tienen una enfermedad vascular clínicamente evidente (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica) los principales candidatos a una intervención y los que más se van a beneficiar en términos de coste-efectividad. (1)

h. Cardioprotección farmacológica específica.

Tratamiento hipolipemiente con drogas si bien se han hecho ensayos clínicos con diferentes drogas, las estatinas han proporcionado gran evidencia sobre su eficacia (2).

Podemos resumir que las estatinas han demostrado disminuir la muerte por enfermedad coronaria, cardiovascular y la mortalidad global en pacientes de alto riesgo con LDL alto, así como reducir los eventos cardiovasculares en pacientes de alto riesgo (vasculares y diabéticos) independientemente del LDL basal y hasta durante los eventos agudos. (8)

En pacientes sin enfermedad coronaria, las estatinas han mostrado disminuir el número de eventos y la mortalidad cardiovascular sin provocar exceso de muerte por otras causas. Con relación a accidente cerebrovascular estas drogas disminuyen el riesgo a expensas de los isquémicos no fatales. (7)

i. Tratamiento para disminuir la tensión arterial (2)

Los cambios en el estilo de vida deben recomendarse en todo paciente hipertenso. Se debe aconsejar una dieta similar a la que se ofrece en la dislipidemia y, además, hiposódica. Debe ser rica en vegetales y frutas e instarse al control del sobrepeso.

Hacemos una mención especial a los resultados de la dieta DASH (elevado contenido en frutas, verduras y lácteos descremados, y reducido de carnes rojas, dulces y bebidas azucaradas; cereales integrales, carne de ave y pescado, semillas y nueces) que posee cantidades más elevadas de potasio, calcio, magnesio, fibra y proteínas, así como menor contenido de grasas y colesterol, que las dietas habituales. Esta estrategia alimentaria mostró tener resultados aditivos a los producidos por la dieta hiposódica.

Con el fin de reducir la morbimortalidad cardiovascular, debemos lograr cifras por debajo de 140/90 y aún más bajas si son bien toleradas; especialmente en diabéticos.

La decisión de cuándo iniciar drogas dependerá del riesgo global del paciente, como regla general, debemos iniciarlo precozmente en pacientes con daño de órgano blanco, diabetes, enfermedad vascular o presencia de múltiples factores de riesgo. En ausencia de estas situaciones, a mayor cifra de tensión arterial, más precoz el tratamiento farmacológico de la hipertensión.

Si bien no profundizaremos en la selección del fármaco, vale la pena destacar que tanto los diuréticos en bajas dosis, como los betabloqueantes y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina cuentan con abrumadora evidencia sobre su eficacia. También hay evidencia para los antagonistas de los receptores de angiotensina y los bloqueantes cálcicos no dihidropiridínicos.

La decisión deberá basarse en la edad, las comorbilidades, los efectos colaterales y el costo. Vale la pena remarcar que un gran porcentaje de hipertensos requerirá dos o más drogas para su adecuado control.

j. Tratamiento Hiperglucemia y diabetes (2)

Existen razones suficientes, aunque en general no provienen de ensayos aleatorizados, para recomendar el control de la glucemia lo más estricto posible con el objetivo de reducir el riesgo cardiovascular. Las intervenciones consisten en medidas higiénico-dietéticas (dieta adecuada, ejercicio físico y reducción de peso) y Tratamiento farmacológico cuando esté indicado.

El estudio DCCT mostró que, en diabéticos tipo 1, el control de la glucemia reduce las complicaciones microvasculares y los eventos macrovasculares. El estudio UKPDS mostró que el control de la glucemia reduce las complicaciones microvasculares, pero no fue capaz de demostrar disminución en la mortalidad relacionada con la diabetes ni con los eventos vasculares.

Sin embargo cabe destacar una disminución de eventos cardiovasculares en diabéticos con sobrepeso tratados con metformina.

xii. Drogas cardioprotectoras (8)

Llamaremos drogas cardioprotectoras a aquellas capaces de disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares por un efecto no mediado por la corrección de un factor de riesgo en particular como la hipertensión, la dislipidemia o la hiperglucemia.

a. Aspirina

La indicación de bajas dosis de aspirina (al menos 75mg) es eficaz en prevenir eventos cardiovasculares. A partir de un riesgo global de 10% de eventos a diez años, la ecuación entre los riesgos y los beneficios de la administración de este fármaco inclina la decisión hacia prescribirla aún en pacientes sin manifestaciones clínicas de enfermedad cardiovascular (recomendación tipo A). Existen en prevención primaria cinco estudios aleatorizados que evalúan el uso de aspirina.

Tomando los resultados en forma global, a modo de meta-análisis se observa de manera consistente una reducción en la incidencia de infarto de miocardio fatal y no fatal sin diferencias en la mortalidad total ni cardiovascular y con mayores beneficios en los sujetos de más riesgo cardiovascular.

b. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)

Además de los probados beneficios en los pacientes con insuficiencia cardíaca, los IECA han mostrado ser eficaces en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular en pacientes con enfermedad arterioesclerótica establecida y en diabéticos, más allá de lo esperado por el efecto antihipertensivo. (6) (8)

c. Beta bloqueantes

En pacientes con cardiopatía isquémica (especialmente pacientes infartados) este grupo de drogas es eficaz en disminuir la morbimortalidad por eventos coronarios. (6)

d. Estatinas

Si bien el principal efecto de las estatinas en términos de disminución de la mortalidad vascular estaría mediado por las mejorías en el colesterol recientes estudios nos obligan a poner estas drogas en este apartado. (7)

Es interesante destacar que el efecto beneficioso se observa aún en pacientes con otras medicaciones cardioprotectoras como aspirina, beta bloqueantes e IECA. (6)

El éxito de las Medidas cardioprotectoras estará vinculada con el estricto cumplimiento de las mismas, la detección previa de factores de riesgos y la magnitud de dichos factores. Por tanto es necesario establecer pautas de prevención en relación al nivel de riesgo en que se halle nuestra población en estudio.

xiii. Prevención primaria (10)

Tiene como objetivo evitar la enfermedad. En la práctica es toda actividad que tenga lugar antes de la manifestación de la enfermedad con el propósito específico de prevenir su aparición.

Se proponen dos tipos de estrategias de intervención primaria:

1. En la población general para evitar y controlar el establecimiento de ECV. Varios factores de riesgo cardiovascular son potencialmente modificables tales como obesidad, sedentarismo, dislipidemia, hipertensión arterial, tabaquismo y nutrición inapropiada.

Puesto que la probabilidad de beneficio individual a corto plazo es limitada, es necesario que las medidas poblacionales de prevención sean efectivas a largo plazo.

Las acciones de prevención primaria deben ejecutarse no sólo a través de actividades médicas, sino también con la participación y compromiso de la comunidad y autoridades sanitarias, utilizando los medios de comunicación masivos existentes en cada región (radio, prensa, TV, etcétera).

2. En la población que tiene un alto riesgo de padecer ECV para evitar la aparición de la enfermedad. Se proponen las siguientes acciones:

- Educación para la salud principalmente a través de folletos, revistas, boletines, etcétera.
- Prevención y corrección de la obesidad promoviendo el consumo de dietas con bajo contenido graso, azúcares refinados y alta proporción de fibra.
- Precaución en la indicación de fármacos diabetogénicos como son los corticoides
- Estimulación de la actividad física.

xiv. Prevención secundaria (7)

Se hace principalmente para evitar las complicaciones, con énfasis en la detección temprana de factores de riesgos de ECV como estrategia de prevención a este nivel.

Tiene como objetivos:

- Procurar la remisión de la enfermedad, cuando ello sea posible.
- Prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas
- Retardar la progresión de la enfermedad

xv. Prevención terciaria (8)

Está dirigida a evitar la discapacidad funcional y social y a rehabilitar al paciente discapacitado.

Tiene como objetivos:

- Detener o retardar la progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad.
- Evitar la discapacidad del paciente causada por etapas terminales de las complicaciones como insuficiencia renal, ceguera, amputación, etcétera.
- Impedir la mortalidad temprana

Las acciones requieren la participación de profesionales especializados en las diferentes complicaciones de las Enfermedades Cardiovasculares.

2.1 MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio:

Estudio observacional de tipo descriptivo, de corte transversal.

Periodo de estudio:

Periodo comprendido Julio-Septiembre 2014.

Área de estudio:

Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN)

2.2 Antecedentes Históricos URACCAN (14)¹⁴

Como resultado de un proceso de diálogo y negociación, la constitución política y su reforma del año 1987, identificaron a Nicaragua como un país multiétnico, multilingüe y pluricultural, reconociendo de esta manera la existencia de los pueblos indígenas, afrodescendientes y comunidades étnicas que viven en el territorio. Para su administración cuenta con dos Regiones Autónomas en su Costa Caribe que representan 52% del territorio nacional.

Debido a que la mayoría de sus estudiantes son de comunidades indígenas, afrodescendientes y territorios rurales, la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) ha desarrollado una serie de estrategias para acceso de la comunidad a la población. Así se abrieron cuatro recintos y cinco extensiones ubicados de la siguiente manera: En la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) con su recinto de Bilwi (Municipio de Puerto Cabezas) y extensión en el municipio de Waspan. Y el recinto Las Minas ubicado en el municipio de Siuna con extensiones en Bonanza, Rosita y Waslala. En la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS) con recintos en Bluefields con extensión incipiente en Laguna de Perlas y el recinto de Nueva Guinea.

(14) Suzzane Hooker A. Region Autonomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN). In Logros, innovaciones y desafíos en Instituciones Interculturales de Educacion Superior en America Latina.; 2008. p. 278-302.

Para fines de coordinación y gestión cuentan con una oficina ubicada en la ciudad de Managua.

La universidad fue creada por un grupo de líderes, lideresas indígenas y afrodescendientes de ambas Regiones de la Costa Caribe Nicaragüense, conscientes de la necesidad de responder a las aspiraciones de la necesidad costeña, por acceder a una formación profesional en su municipio, evitar la fuga de cerebros, mejorar las condiciones de vida de la población, luchar contra el racismo institucionalizado, la exclusión y marginación y así poder aportar al desarrollo nacional basado en las realidades socioculturales y necesidades de la población costeña.

A este esfuerzo se sumaron organizaciones no gubernamentales regionales e internacionales, universidades extranjeras y se recibió apoyo de ambos Consejos Regionales Autónomos. En el año 1992 fue autorizada por el Consejo Nacional de Universidades (CNU) para funcionar como institución de educación superior. Obtuvo su personería jurídica por la asamblea nacional en el año 1993 y fue incorporada al CNU mediante la ley de Autonomía de las Instituciones de Educación Superior. En 1996 Obtiene la potestad de desarrollar, certificar y acreditar programas académicos en diferentes niveles de acuerdo con las normas vigentes en el país, en el 2003 es declarada patrimonio de los pueblos indígenas y comunidades étnicas por ambos consejos regionales autónomos. Para sus programas de extensión y acompañamiento comunitario, la universidad cuenta con cuatro institutos y dos centros de investigación.

Tiene como visión ser líder en el paradigma de universidad comunitaria intercultural nacional e internacional q acompaña procesos de desarrollo con identidad de los pueblos indígenas, mestizos, comunidades étnicas y afrodescendientes para la promoción de la ciudadanía intercultural. Y su misión es la formación de recursos humanos, con conocimientos y capacidades científico-técnicas, actitudes humanísticas, sentido del emprendimiento y la innovación, que contribuyan al fortalecimiento del sistema autonómico regional y del país.

En la URACCAN no se localizaron antecedentes acerca de los conocimientos, actitudes y practicas sobre medidas cardioprotectoras entre los docentes.

Universo:

Está constituido por el total de docentes que corresponde a 40, en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2014

Muestra:

La muestra fue de tipo no probabilística, por conveniencia, concretándose con 30 docentes correspondiente al 75% del universo.

Criterios de inclusión:

- Ser docente de la URACCAN.
- Querer participar en el estudio.
- Encontrarse al momento de estudio.

Criterios de exclusión:

- Negarse a llenar el cuestionario.
- Ser docente de la Facultad de ciencias médicas e Instituto politécnico de la salud o desempeñarse en el sector salud.
- Haber presentado un evento cardiovascular.

Fuente de datos:

La fuente de información es primaria.

Técnica y procedimiento:

Se diseñó una entrevista constituida por preguntas abiertas, se aplicó a informantes claves (trabajador de la salud, profesores de salud, otros profesores, deportistas, nutricionistas). Con los resultados de la entrevista a informantes claves se diseñó un instrumento para entrevistar a los docentes sujetos del estudio una vez realizada la validación del mismo.

Plan de tabulación y análisis:

Una vez obtenida la información se procedió a:

1. Diseño de base de datos
2. Introducción de datos y su control de calidad respectivo
3. Análisis por frecuencia y porcentaje
4. Uso de índices sumatorios para medir lo siguiente:

4.1. Nivel de conocimiento: Bueno, si responden 30 y más respuestas correctas; Regular si responden 15 – 29 respuestas correctas; y Malo si responden 14 o menos respuestas correctas.

Las actitudes se valoraron utilizando la escala Likert, en 5 categorías (Totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo); asignando para las afirmaciones favorables o positivas un valor según los siguientes códigos: Totalmente de acuerdo=5, De Acuerdo=4, Indeciso=3, En Desacuerdo=2, Totalmente en Desacuerdo=1.

Para las afirmaciones desfavorables o negativas un valor según los siguientes códigos: Totalmente de acuerdo=1, De Acuerdo=2, Indeciso=3, En Desacuerdo=4, Totalmente en Desacuerdo=5.

Para Resumir las actitudes se utilizó Favorable o Desfavorable, considerando la expresión utilizada.

4.2. Nivel de Practicas: Las practicas se valoraron con puntuaciones que iban del 0 al 3, asignando los siguientes valores a las Respuestas de Prácticas de Riesgo: Ninguna= 3 puntos, Mala= 2 puntos, Regular= 1 punto y Buenas=0 puntos.

Las Respuestas de Practicas favorables (benéficas) se expresaron a la inversa: Ninguna=0 puntos, Mala=1 puntos, Regular=2 puntos, Buena= 3 puntos.

Para Resumir las prácticas se utilizó Muy Frecuente, Frecuente, Poco Frecuente y No Se Aplica, según la expresión utilizada.

Lista de variables:

Variables principales:

1. Características demográficas.
2. Información sobre las Medidas Cardioprotectoras.
3. Conocimientos sobre las Medidas Cardioprotectoras.
4. Actitud ante las Medidas Cardioprotectoras.
5. Prácticas de Medidas Cardioprotectoras.

1. Características demográficas.

- 1.1. Edad
- 1.2. Sexo
- 1.3. Estado civil
- 1.4. Etnia
- 1.5. Religión
- 1.6. Facultad
- 1.7. Procedencia

2. Información sobre Medidas Cardioprotectoras.

- 2.1. Fuente de información.
- 2.2. Frecuencia de obtención de la información.

3. Conocimientos sobre Medidas Cardioprotectoras.

- 3.1. Concepto de MCP.
- 3.2. Tipos de MCP.
- 3.3. Beneficios de MCP.
- 3.4. Mitos de MCP.

4. Actitud ante las Medidas Cardioprotectoras.

- 4.1. Ante la Cardioprotección.
- 4.2. Ante las personas con riesgos Cardiovasculares.
- 4.3. Percepción de la magnitud del problema.
- 4.4. Ante las intervenciones educativas sobre MCP.

5. Prácticas de Medidas Cardioprotectoras.

- 5.1. Medidas Cardioprotectoras Realizadas.

Plan de Análisis.

Características demográficas vs nivel de conocimientos.

Características demográficas vs Actitud.

Características demográficas vs prácticas.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE | CONCEPTO | DIMENSION | INDICADORES | ESCALA |
|---------------------|---|------------------|---------------------|--|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de estudio. | | Años | <ul style="list-style-type: none"> • 20-34 • 35-49 • 50-59 • Mayor de 60 |
| Sexo | Definición de la condición orgánica femenino o masculino basado en sus órganos sexuales. | | Fenotipo | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino |
| Estado civil | Condición de expresar la convivencia con otra persona | | Condición de pareja | <ul style="list-style-type: none"> • Soltero(a) • Acompañado(a) |
| Etnia | Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural | | Raza | <ul style="list-style-type: none"> • Mestizos • Miskitos • Otros |
| Religión | Conjunto de creencias que son propias de un determinado grupo humano, las cuales el hombre reconoce una relación con la divinidad | | Creencias | <ul style="list-style-type: none"> • Católica • Morava • Otros |
| | | | | |

| VARIABLE | CONCEPTO | DIMENSION | INDICADORES | ESCALA |
|--|--|------------------|--------------------|--|
| Facultad | Área universitaria en la que realiza sus labores docentes | | Tipo | <ul style="list-style-type: none"> • Educación e Idiomas • Ciencias e Ingeniería • Humanidades y ciencias jurídicas |
| Procedencia | Lugar de habitación del individuo. | | Origen | <ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural. |
| Fuente de obtención de la información | Medios a través de los cuales ha obtenido la información sobre las Medidas cardioprotectoras | | Tipo | <ul style="list-style-type: none"> • Radio • Televisión • Internet • Familia |
| Obtención de la información | Frecuencia con que la persona efectuá la necesidad de obtener el conocimiento. | | Frecuencia | <ul style="list-style-type: none"> • Muy frecuente • Frecuente • Poco frecuente • No ha escuchado |

| VARIABLE | CONCEPTO | DIMENSION | INDICADORES | ESCALA |
|--------------------------------------|--|------------------|--------------------|--|
| Medidas Cardioprotectoras | Actividades o estilos de vida que realiza una persona para evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares y/o prevenir una nueva aparición de estas. | Conceptos | Tipo | <ul style="list-style-type: none"> • Medidas preventivas • Cambios en el estilo de vida • Practicas saludables • Disminución de factores de riesgos CV. • Estándares preventivos de RCV. |
| | | Beneficios | Tipo | <ul style="list-style-type: none"> • Mejora el pronóstico de las personas que ya han tenido episodio cardiovasculares • Aumenta los años de vida, evita aparición de enfermedades cardíacas, mejora la calidad de vida. • Menos incapacidad física y mayor independencia física. • Mejora las relaciones humanas. • Mejora el estado físico |
| | | Personas | Tipo | <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular • adultos Jóvenes • Adultos • Personas obesas • Personas Con riesgos Cardiovasculares |

| | | | | |
|--|--|-------|------|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Personas con enfermedades cardiovasculares • Deportistas • Personas mayores de 55 años |
| | | Mitos | Tipo | <ul style="list-style-type: none"> • Vivir estresado o enojado predispone a enfermedades cardiacas. • Si se baja de peso se pierde energía. • Las ECV solo le da a las personas mayores de 50 años o a las personas obesas. • Comer huevo está prohibido para personas con problemas del corazón • Solo las personas de mayor edad sufren afecciones cardiacas por lo que solo ellos deben realizar MCP • Comer sin grasa da anemia • Evitar los sustos, disgustos y los medicamentos ayudan al corazón |

| VARIABLE | CONCEPTO | DIMENSION | INDICADORES | ESCALA |
|---|---|------------------------|-----------------------------------|---|
| Actitudes ante las Medidas Cardioprotectoras | Conjunto de sentimientos que constituyen una predisposición favorable o desfavorable, o tendencia hacia algo determinado por parte de la persona. | | Grado de acuerdo del entrevistado | <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo(TDA) • De acuerdo(DA) • Indeciso(I) • En desacuerdo(ED) • Totalmente en desacuerdo(TED) |
| Practica de las Medidas Cardioprotectoras. | Descripción de las medidas cardioprotectoras empleadas en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. | Practicas Alimenticias | Tipo | <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de Carbohidratos • Consumo de Proteínas • Consumo de grasas • Consumo de alimentos ricos en fibras • Consumo de huevo cocido • Consumo de aceite vegetal • Consumo de pescado |
| | | Ejercicio | Tipo | <ul style="list-style-type: none"> • Caminar • Correr • Gimnasia • Bailar • Natación • Algún deporte |
| | | Hábitos tóxicos | Tipo | <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco • Consumo de bebidas alcohólicas • Consumo de drogas • Consumo de medicamentos sin receta |

3.1 RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 56.7% de los docentes eran mayores de 50 años, en los cuales no hubo diferencia de sexo ya que fueron entrevistados 15 hombres y 15 mujeres (50% y 50% respectivamente). En relación al estado civil, 25 de los docentes estaba acompañados (83.4%). La etnia predominante es la Miskita con 16 docentes (53.3%), seguida de la raza mestiza con 13 docentes (43.3%); la religión sobresaliente de los entrevistados es la Morava con 12 docentes (40%). La Facultad con más docentes entrevistados fue Humanidades y Ciencias Jurídicas con 15 entrevistados (50%). La procedencia de los docentes en su mayoría 25 (83.3%) son del casco urbano. **(Cuadro No 1).**

En general un 66.6% ha escuchado información sobre Medidas Cardioprotectoras alguna vez, contra un 33.4% que no ha escuchado información alguna. De esta información, los Beneficios de las MCP son el tema que más conocen con un 50 % y la fuente de información predominante fue la televisión con 50%. Además, respondieron en su mayoría 70%, que la información sobre las MCP es poco frecuente escuchada. **(Cuadro No 2).**

La mayoría de los encuestados tienen buenos conceptos sobre las Medidas Cardioprotectoras, de ellos el 86.6% opina que las MCP son Actividades o estilos de vida que realiza una persona para prevenir cualquier daño al corazón, y en cambio un porcentaje más bajo afirma que las MCP son todas aquellas medidas dirigidas a disminuir los factores de riesgo de enfermedades coronarias (60%). **(Cuadro No 3).**

“Según los resultados obtenidos en la encuesta a los informantes claves en relación a los conceptos de medidas cardioprotectoras afirman que son Prácticas que tienen por objetivo evitar una patología cardiovascular y/o disminuir sus complicaciones, mediante reducción de factores de riesgo”.

En relación a los beneficios, se encontró que 80% afirmó que las MCP Mejoran el estado físico, y un porcentaje muy bajo opina que las MCP también Mejora las relaciones humanas (33.3%) **(Cuadro No 4).**

“Los beneficios que se obtienen de las MCP según las afirmaciones de los informantes son: disminuir la incidencia de enfermedades cardiovasculares y comorbilidades, mejorar el pronóstico de las personas que ya han tenido episodios cardiovasculares y disminuye las hospitalizaciones por estas enfermedades”.

El total de los entrevistados opina que las personas obesas, Personas con riesgos Cardiovasculares, Personas con enfermedades cardiovasculares y Personas con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular deben poner en práctica las MCP (100%), y menos de la mitad opina que también los deportistas deberían poner en práctica las MCP (46.7%). **(Cuadro No. 5)**

“Las personas que deben poner en práctica las MCP según los informantes claves son; Personas con antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, pacientes con múltiples factores de riesgo para desarrollar estas enfermedades y todo tipo de personas”.

En relación a los Mitos de las MCP los participantes en su mayoría afirmaron que los Medicamentos ayudan al corazón (80%), Un porcentaje significativo asocian el estrés como causante de enfermedades cardiovasculares (60%), y una cantidad muy baja afirma que las ECV solo les dan a las personas mayores de 50 años (6.6%). **(Cuadro No. 6)**

“El principal mito según informantes claves es el que solo las personas de mayor edad sufren afecciones cardiacas, por lo que solo ellos deben realizar las MCP.”

El total de los encuestados (100%) afirma que la actividades más importante como MCP son Ejercicio físico 30 minutos diario, Evitar el fumado, Dieta baja en grasa, Cambios en el estilo de vida. Y únicamente 6.6% de los docentes afirma que el consumo de chocolate sea una MCP. **(Cuadro No. 7)**

“Entre las principales medidas cardioprotectoras los informantes claves afirmaron lo siguiente: Evitar comidas que contengan grasas saturadas, realizar ejercicios como caminar 30 minutos al menos 4 veces a la semana, evitar hábitos tóxicos y visitas médicas periódicas.”

Al calificar los conocimientos en Bueno, Regular y Malo sobre las medidas cardioprotectoras la población en estudio presento un nivel del conocimiento predominantemente Regular con el 60% de los entrevistados, seguido de Conocimiento Bueno en 30%, y un 10% de ellos califico como conocimiento malo sobre las MCP. El 60% del género masculino presenta conocimiento regular, en comparación al 53.3% del sexo femenino. Los docentes solteros son los que presentan principalmente Buenos conocimientos, sin embargo la mayoría de los acompañados (64%), tiene conocimientos regulares sobre MCP. Los docentes miskitos y mestizos tienen principalmente conocimiento regular (68.7% y 69.2%, respectivamente), sin embargo el docente ubicado en el grupo Otros presenta Buenos conocimientos sobre MCP.

Los conocimientos según religión son mayormente Regulares. La facultad de ciencias e Ingeniería es la que presenta principalmente los docentes con Buenos conocimientos (33.3%). Con respecto a la procedencia predominan los conocimientos regulares, y principalmente en el casco urbano (68%), en comparación al casco rural (60%) **(Cuadro No. 8)**

En cuanto a las actitudes catalogadas en TAD (Totalmente de acuerdo; DA (De acuerdo; I (Indeciso); ED (En desacuerdo); TED (Totalmente en desacuerdo) los docentes afirmaron principalmente a la proposición que advierte ¿Si dejo de fumar mejoro mi calidad de vida? (73%), y con respecto a la pregunta ¿Si se baja de peso se pierden energías corporales? la mayoría está en Total desacuerdo (33.3%).

La pregunta ¿Considero que las Medidas Cardioprotectoras sean más efectivas en las mujeres en la menopausia? Fue la pregunta que más docentes encontró Indecisa, ya que no hay mucho conocimiento al respecto. **(Cuadro No. 9)**

“Los informantes claves afirman que las mujeres son las que menos padecen enfermedades cardiacas en comparación con los varones, sin embargo las MCP son las mismas, ya que con el aumento de la edad tienen las mismas probabilidades de padecer una enfermedad cardiaca”.

En los grupos con edades de 20-30 y mayores de 60, son los que presentan en su totalidad una Actitud Favorable sobre las MCP (100%). El sexo femenino es el que presenta actitud más favorable (43.4%) con relación al sexo masculino (33.4%). Se demostró además que las personas solteras son las que presentan mayor actitud favorable (80%), sin embargo esto es secundario a la poca cantidad de solteros que hay en los docentes encuestados. Con respecto a las etnias ambas predominantes Miskitos y mestizos, tienen actitudes favorables, 76.9% y 75%, respectivamente, sin embargo el docente clasificado como Otra etnia, tiene actitud Favorable. Los docentes católicos tienen mayormente actitudes favorables (87.5%), y los docentes del casco urbano son los que mayormente presentan actitud favorable con 76%, en comparación a un 40% de los docentes de área rural que tienen actitud desfavorable. **(Cuadro No. 10)**

Con respecto a las prácticas relacionadas con las prácticas, catalogadas en MF (Muy frecuente); F (frecuente); PF (poco frecuente); NSA (no se aplica) los docentes afirman con respecto a cada proposición lo siguiente:

Practicas Alimenticia

Las principal práctica alimenticias Muy frecuente de los docentes fue Alimentos ricos en Carbohidratos (30%), la Práctica Frecuente principal fue Consumo de Aceite de origen Vegetal (50%), y la Practica Poco frecuente principal es el Consumo de alimentos ricos en Fibras (70%)

Ejercicios

Los ejercicio (caminar, correr, hacer gimnasia, bailar, natación, practica de algún deporte), son Poco Frecuentes en los docentes entrevistados 73.4%, únicamente el 10% realiza algún tipo de ejercicio Muy frecuentemente.

Hábitos Tóxicos

La gran mayoría de los encuestados no afirma tener algún habito toxico, sin embargo el consumo de bebidas alcohólicas y el uso de medicamentos sin prescripción médica, (30% y 40%, respectivamente) es realizado con poca frecuencia por los docentes. **(Cuadro No. 11)**

Los grupos de edades entre 20-34 y mayores de 60 años, tienen prácticas buenas y regulares, 50% y 50% respectivamente. El sexo femenino predomina en Practicas Buenas con 66.6%, y el 13.3% del sexo masculino tiene practicas Malas. Los docentes solteros en

su mayoría presentan 80% de prácticas buenas. Según la etnia se encontró que la raza Miskita predomina la práctica regulares con 68.7%, seguida de la raza mestiza con 53.8%. En cuanto a la religión las prácticas Buenas son principalmente en la religión morava (66.6%), y la religión católica presenta principalmente practicas regulares (62.5%).

La Facultad de Humanidades y ciencias Jurídicas, es en donde están la mayoría de docentes con prácticas buenas (60%). Con respecto a la procedencia la práctica fue principalmente regulares para los del casco urbano (72%) y Buenas para los docentes del casco rural (60%). **(Cuadro No.12)**

3.2 DISCUSIÓN

La aplicación de la encuesta CAP sobre medidas cardioprotectoras en los docentes de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) se realizó como una estrategia para profundizar el conocimiento de esta problemática, permitir su posterior aplicación en poblaciones similares y brindar elementos para una toma de decisiones sobre la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Se seleccionó como área de estudio esta institución multiétnica, multilingüe y pluricultural, dado no existen antecedentes acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas en estos grupos étnicos.

Previamente se entrevistó a personal capacitado sobre cardioprotección, por medio de preguntas abiertas, dichas respuestas fueron utilizadas para la elaboración del instrumento aplicado a los docentes, y de esta manera medir el nivel de conocimientos, las actitudes y prácticas de esta población.

Entre los principales resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta, se observó que un 66% ha escuchado información sobre las medidas Cardioprotectoras alguna vez, la edad predominante estuvo entre 50 y 59 años, lo cual según las Tablas de Framingham, SCORE y DORICA son los rangos de edades de mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares (12).

La mayor parte de los docentes son de Religión Morava, creencia religiosa más importante en las regiones de la Costa Caribe Nicaragüense, de igual manera la etnia Miskita fue la predominante (53.3%) siendo esta región geográfica donde prevalece dicha raza.

La información la mayoría la obtiene a través de la televisión seguida de internet y por último la radio, recalcando la poca difusión de información que se obtiene sobre estos temas, probablemente a los pocos medios de comunicación masiva de esta zona.

Se observó que el conocimiento en términos generales es regular (60%), con predominio en las edades de 50-59 años debido a que fue el mayor grupo etario entrevistado, dichos resultados, esperados teniendo en cuenta que la mayoría de los entrevistados habían escuchado poco sobre medidas Cardioprotectoras.

No hubo diferencias relevantes en conocimiento según sexo, sin embargo el 6.7% del sexo femenino tuvo conocimientos malos. Con respecto al estado civil los docentes acompañados presentaron mayor información con respecto a los solteros, debido quizás a la interacción con la pareja en la toma de decisiones cotidiana.

La facultad que presentó mayor conocimiento fue la facultad de Humanidades y Ciencias Jurídicas y la que presentó menor conocimiento fue la facultad de ciencias e ingeniería, lo cual demuestra que no existe un conocimiento homogéneo a nivel de todos los docentes de la URACCAN y que esto probablemente se deba a la falta de medida enfocada a la cardioprotección impulsada por las autoridades superiores.

La religión católica es la que tiene buenos conocimientos, sin embargo la mayor parte de los docentes tiene conocimientos regulares en donde predomina la religión Morava por la mayoría de creyentes en total.

Las actitudes de la mayoría los entrevistados fueron Favorables (76.6%), siendo el sexo Femenino el predominante pudiendo justificarse con la mayor preocupación de estas sobre temas de salud; la población acompañada es la que presenta actitud más favorable, por la misma interacción de pareja y apoyo emocional, además de ser la de mayor población.

En general, se obtuvo que la mayor parte de la población en estudio presenta prácticas regulares, por lo que consideramos como prácticas deficientes en cardioprotección, de esta manera los entrevistados están en riesgo de presentar eventos cardiovasculares.

En relación a las practicas alimenticias hubo una tendencia hacia el alto consumo de alimentos ricos en carbohidratos (30%) y proteínas, sin embargo no supera la mitad de la población; además la mayoría de los entrevistados (73.4%) consumen de manera Poco frecuente alimentos ricos en grasas.

“La dislipidemia es uno de los principales factores de riesgo cardiovasculares modificables, es recomendable una ingesta de grasas inferior al 30%, y un aporte de carbohidratos entre el 55 al 60% diario, por lo tanto la poca ingesta de grasas, conlleva a un menor riesgo de Enfermedades cardiovasculares en comparación a la alimentación del Pacífico.” (6)

El consumo de alimento ricos en fibra se encontró que apenas un 13.3% consumía este tipo de alimentos, probablemente secundario al conocimiento Regular que tiene la población acerca de los beneficios de los alimentos ricos en fibras.

“La fibra alimenticia tiene un efecto beneficioso en la colesterolemia ya que puede disminuir el Colesterol LDL entre 4 y 10%”. (6)

La frecuencia del consumo de pescado fue bastante bajo, ya que 56.7% afirmaban que lo consumían poco frecuente, y que paradójicamente siendo una zona altamente pesquera solo el 10% de los entrevistados ingiere pescado muy frecuentemente.

“Los mariscos tienen efecto en la regulación plasmática de los lípidos, el colesterol HDL y LDL” (9), por lo tanto, podemos considerar que es muy probable encontrar alteraciones en el perfil lipídico de los sujetos a estudios, que podría influir de manera directa en la génesis de enfermedades cardiovasculares.

En relación al ejercicio solo un 6.6% de los sujetos a estudio practicaba algún tipo de ejercicio muy frecuentemente, y 73.4% lo realiza muy poco frecuente lo que deja en evidencia el estilo de vida sedentario que han tomado la mayoría de los docentes, sumándose como un factor de riesgo modificable más, al que los docentes del recinto estarían expuestos. Además, los hábitos tóxicos son infrecuentes ya que el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas son relativamente escasos (3.3% y 30% respectivamente) los cual son datos bastante satisfactorias dado al riesgo que significaría el consumo de estos.

“El sedentarismo es un factor de riesgo modificable que debe ser modificado, es recomendable la realización de ejercicios aeróbicos (marcha, trote, natación, ciclismo) entre 5 a 6 veces por semana en sesiones de 30 a 50 minutos”. (10)

El sexo femenino fue quien obtuvo un puntaje más alto en relación a las prácticas, fenómeno repetido tanto en actitudes, lo cual deja a la vista la poca práctica del sexo masculino en relación a cardioprotección, siendo este último el que mayor riesgo tiene de sufrir una enfermedad cardiovascular (2).

Si bien, la encuesta mostró un nivel aceptable de conocimientos, actitudes favorables y practicas regulares, es necesario concientizar a la población a reforzar los conocimientos y ofrecer información completa porque a pesar de que los docentes posean el conocimiento y actitud aceptable, la variable más sensible capaz de modificar el curso y evolución de las enfermedades cardiovasculares fue la que menor puntuación obtuvo (prácticas).

La prevención primaria es la herramienta principal para disminuir el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, y por tal motivo es importante conocer las actitudes y prácticas de poblaciones en riesgo.

Las encuestas de conocimientos actitudes y prácticas, dan un aporte importante no sólo sobre la comprensión de la cardioprotección, sino que permite establecer las deficiencias y necesidades de información que tiene la población.

3.3 CONCLUSIONES

1. La población estudiada fueron en su mayoría miskitos con rasgos característicos entre estos color, lengua y tradiciones. Los docentes entrevistados fueron 50% masculinos y 50% femeninos, acompañados en su mayoría, con un rango de edad entre 50 y 59 años, y procedentes principalmente del casco urbano.
2. Se evidencio que la mayoría de los entrevistados poseían un conocimiento regular según los resultados del instrumento de recolección de datos cuyas afirmaciones se encontraban entre 15-29 respuestas correctas, Siendo el principal medio de información la televisión y en segundo lugar internet y radio.
3. Las actitudes de los docentes fueron favorables en su mayoría lo que beneficia poder identificar los riesgos que conllevan las enfermedades cardiacas y los beneficios de las medidas cardioprotectoras.
4. Las prácticas de la mayoría de los docentes fue Regular, dado que afirmaron positivamente a prácticas alimenticias de riesgos como a la que son benéficas, por tanto podemos considerar que no poseen una dieta balanceada, al igual que la frecuencia en que realizan ejercicios es poca, secundaria al trabajo cotidiano y sedentarismo, sin embargo presentan hábitos tóxicos pocos frecuentes o nulos.

3.4 RECOMENDACIONES

1. Iniciar una campaña educativa con información actualizada y adaptada a los docentes de la URACCAN.
2. Promover a través de la dirección, deportes que motiven a los docentes a practicar alguna disciplina deportiva.
3. Implementar una estrategia para lograr el abandono del hábito de fumar en aquellos docentes que muestran estos hábitos.
4. Promover chequeos médicos periódicos en aquellos docentes que muestran múltiples factores de riesgos para enfermedades cardiovasculares.

4.1 BIBLIOGRAFIA

1. Adams R, Chimowitz M, Alpert J, Awad I, Cerqueria M, Fayad P, et al. Coronary risk evaluation in patient with transient ischemic attack and ischemic stroke. American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation*. 2003; 108(1278-90).
2. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Foz Sala M, Mantilla T, Serra Majem L, Moreno B, et al. Estudio DORICA fase II. Tablas de evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española. *Estudio DORICA. Med Clin (Barc)*. 2004; 123(686-91).
3. Silva R, et al. Estimación del Riesgo Cardiovascular de los docentes mayores de 35 años del Recinto Universitario Rubén Darío "RURD" de la UNAN-MANAGUA, usando el algoritmo PROCAM estándar. MANAGUA: UNAN; 2004.
4. Flores E, Cisneros T, Pérez J. Estimación del riesgo cardiovascular en el personal de planta del área administrativa, que labora en el Recinto Universitario Rubén Darío de la UNAN-Managua, usando el algoritmo PROCAM estándar. Managua: UNAN-MANAGUA; Agosto 2008- Agosto 2009.
5. Matamoros A, Zepeda Perez J, Salinas Lopez A, Suarez A. Conocimientos, actitudes y prácticas a cerca de medidas cardioprotectoras en docentes de la UNAN-MANAGUA. 2012 Mayo-Junio. Trabajo de Investigación Aplicada V año.
6. Expert Panel on Detection. Evaluation (Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). *JAMA*. 2001; 285(2486-97).
7. Grundy S, Pasternak R, Greenland P, Smith S, Fuster V. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk factor assessment equations. ACC/AHA Scientific Statement. *Circulation*. 1999; 100(1481-92).
8. (SEC) (Grupo de trabajo para el Manejo de la Hipertensión Arterial. *Journal of Hypertension*. 2007; 25(1105-1187).
9. Consumo MdSy. Control de Colesterolemia en España. Madrid: Secretaria General técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
10. Brotons C, Royo-Bordonada M, Álvarez Sala L, Armario Conthe P, et al. Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. *Aten Primaria*. 2004; 34(427-32).
11. Wood D, Baker G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *Eur Heart J*. 1998; 19(1434-1503).

12. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection (Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. *Circulation*. 2002; 106(3143-421).
13. Force UPST. Screening for coronary heart disease: recommendation statment. *Ann Intern Med*. 2004; 140(569-72).
14. Suzzane Hooker A. Region Autonomas de la Costa Caribe Nicaragiense (URACCAN). In *Logros, innovaciones y desafios en Instituciones Interculturales de Educacion Superior en America Latina.*; 2008. p. 278-302.

V. ANEXOS

5.1 CUADROS

CUADRO N° 1

Cuadro 1 a.

**Características demográficas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014
n=30**

| Características demográficas | n° | % |
|------------------------------|----|------|
| <u>Edad</u> | | |
| 20-34 | 2 | 6.7 |
| 35-49 | 11 | 36.6 |
| 50-59 | 15 | 50.0 |
| > 60 | 2 | 6.7 |
| <u>Sexo</u> | | |
| Femenino | 15 | 50.0 |
| Masculino | 15 | 50.0 |
| <u>Estado Civil</u> | | |
| Acompañado | 25 | 83.4 |
| Soltero | 5 | 16.6 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

Cuadro 1 b.
Características demográficas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014
n=30

| Características demográficas | n° | % |
|----------------------------------|----|------|
| <u>Etnia</u> | | |
| Mestizos | 13 | 43.3 |
| Miskitos | 16 | 53.3 |
| Otros | 1 | 3.4 |
| <u>Religión</u> | | |
| Morava | 12 | 40.0 |
| Otros | 10 | 33.4 |
| Católica | 8 | 26.6 |
| <u>Facultades</u> | | |
| Humanidades y Ciencias Jurídicas | 15 | 50.0 |
| Educación e Idiomas | 9 | 30.0 |
| Ciencia e Ingenierías | 6 | 20.0 |
| <u>Procedencia</u> | | |
| Urbano | 25 | 83.3 |
| Rural | 5 | 16.7 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

CUADRO N° 2

**Conocimiento sobre Medidas Cardioprotectoras de los docentes de la URACCAN
Julio Septiembre 2014
n=30**

| Información sobre MCP | n° | % |
|---------------------------------------|-----------|----------|
| Conocimiento sobre MCP | | |
| Si | 20 | 66.6 |
| No | 10 | 33.4 |
| Tipo de información escuchada | | |
| Beneficios | 10 | 50.0 |
| Concepto | 6 | 30.0 |
| Ventajas | 4 | 20.0 |
| Fuentes de información | | |
| Televisión | 12 | 60.0 |
| Internet | 4 | 20.0 |
| Radio | 2 | 10.0 |
| Familia | 2 | 10.0 |
| Frecuencia de escuchado de MCP | | |
| Poco frecuente | 14 | 70.0 |
| Frecuente | 4 | 20.0 |
| Muy frecuente | 2 | 10.0 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

CUADRO N° 3

Definición de Medidas Cardioprotectoras según Docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

n=30

| CONCEPTO DE MEDIDAS CARDIOPROTECTORAS | n° | % |
|---|----|------|
| Actividades o estilos de vida que realiza una persona para prevenir cualquier daño a su corazón | 26 | 86.6 |
| Son todas las prácticas saludables para disminuir el riesgo de sufrir de enfermedades cardiacas. | 22 | 73.4 |
| Medidas preventivas de complicaciones cardiovasculares | 20 | 66.6 |
| Son estándares que se utilizan para prevenir problemas cardiacos. | 20 | 66.6 |
| Son todas aquellas que evitan el riesgo de eventos cardiovasculares. | 20 | 66.6 |
| Son todas aquellas medidas dirigidas a disminuir los factores de riesgo de enfermedades coronarias. | 18 | 60.0 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

CUADRO N° 4

Beneficios de las Medidas Cardioprotectoras según Docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

n=30

| BENEFICIOS DE LAS MEDIDAS CARDIOPROTECTORAS | n° | % |
|--|-----------|----------|
| Mejora el estado físico | 24 | 80.0 |
| Mejora el pronóstico de las personas que ya han tenido episodio cardiovasculares | 22 | 73.3 |
| Aumenta los años de vida | 22 | 73.4 |
| Mejora la calidad de vida | 22 | 73.3 |
| Evita aparición de enfermedades cardíacas | 20 | 66.6 |
| Menos incapacidad física | 20 | 66.6 |
| Mayor independencia física. | 18 | 60.0 |
| Mejora las relaciones humanas. | 10 | 33.3 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

CUADRO N° 5

Personas que deberían poner en práctica las Medidas Cardioprotectoras según docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014
n=30

| PERSONAS QUE DEBEN PONER EN PRACTICA LAS MEDIDAS CARDIOPROTECTORAS | n° | % |
|---|-----------|----------|
| Personas con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular | 30 | 100.0 |
| Personas con riesgos Cardiovasculares | 30 | 100.0 |
| Personas obesas | 30 | 100.0 |
| Personas con enfermedades cardiovasculares | 30 | 100.0 |
| Personas mayores de 55 años | 30 | 100.0 |
| Adultos | 24 | 80.0 |
| Adultos Jóvenes | 18 | 60.0 |
| Deportistas | 14 | 46.7 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

CUADRO N° 6

**Mitos sobre Medidas Cardioprotectoras según Docentes de la URACCAN Julio
Septiembre 2014
n=30**

| Mitos de Medidas Cardioprotectoras | n° | % |
|---|-----------|----------|
| Los medicamentos ayudan al corazón | 24 | 80.0 |
| Vivir estresado predispone a enfermedades cardiacas | 18 | 60.0 |
| Vivir enojado predispone a enfermedades cardiacas | 16 | 53.3 |
| Evitar los sustos, disgustos y los medicamentos ayudan al corazón | 14 | 46.6 |
| Comer huevo está prohibido para personas con problemas del corazón. | 04 | 13.3 |
| Las ECV solo les dan a las personas mayores de 50 años. | 02 | 6.6 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

CUADRO N° 7

**Tipos de Medidas Cardioprotectoras realizadas por Docentes de la URACCAN Julio
Septiembre 2014
n=30**

| TIPOS DE MEDIDAS CARDIOPROTECTORAS | n° | % |
|--|-----------|----------|
| Ejercicio físico 30 minutos diario | 30 | 100.0 |
| Evitar el fumado | 30 | 100.0 |
| Dieta baja en grasa | 30 | 100.0 |
| Cambios en el estilo de vida | 30 | 100.0 |
| Evitar el estrés | 24 | 80.0 |
| Bajar de peso | 24 | 80.0 |
| Disminuir el consumo de sal | 24 | 80.0 |
| Toma de aspirina | 22 | 73.3 |
| Cocinar con aceite vegetal | 22 | 73.4 |
| Controlar cifras de glicemia en pacientes diabéticos | 18 | 60.0 |
| 1 copa de vino a la semana | 16 | 53.4 |
| 4 huevos cocidos a la semana | 06 | 20.0 |
| Consumo de chocolate | 02 | 6.6 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

CUADRO N° 8

Cuadro 8 a.

**Características demográficas vs Conocimientos sobre Medidas Cardioprotectoras en
Docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014
n=30**

| Características demográficas | Conocimientos | | | | | | | |
|------------------------------|---------------|------|---------|-------|------|------|-------|------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | Total | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % |
| Edad | | | | | | | | |
| 20-34 | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0 | 2 | 6.6 |
| 35-49 | 3 | 27.3 | 7 | 63.6 | 1 | 9.0 | 11 | 36.6 |
| 50-59 | 5 | 33.3 | 8 | 53.3 | 2 | 13.3 | 15 | 50.0 |
| Mayor de 60 | 0 | 0 | 2 | 100.0 | 0 | 0 | 2 | 6.6 |
| Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | 5 | 33.3 | 9 | 60.0 | 1 | 6.7 | 15 | 50.0 |
| Femenino | 5 | 33.3 | 8 | 53.3 | 2 | 13.3 | 15 | 50.0 |
| Estado Civil | | | | | | | | |
| Soltero | 3 | 60.0 | 1 | 20.0 | 1 | 20.0 | 5 | 16.6 |
| Acompañado | 7 | 28.0 | 16 | 64.0 | 2 | 8.0 | 25 | 83.4 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

Cuadro 8 b.

Características demográficas vs Conocimientos sobre Medidas Cardioprotectoras en Docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

n=30

| Características demográficas | Conocimientos | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------|-------|---------|------|------|------|-------|------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | Total | |
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % |
| Etnia | | | | | | | | |
| Mestizos | 3 | 23.1 | 9 | 69.2 | 1 | 7.6 | 13 | 43.3 |
| Miskitos | 3 | 18.7 | 11 | 68.7 | 2 | 12.5 | 16 | 53.3 |
| Otros | 1 | 100.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3.3 |
| Religión | | | | | | | | |
| Católica | 3 | 37.5 | 4 | 50.0 | 1 | 12.5 | 8 | 26.7 |
| Morava | 3 | 25.0 | 7 | 58.3 | 2 | 16.6 | 12 | 40.0 |
| Otros | 3 | 30.0 | 7 | 70.0 | 0 | 0 | 10 | 33.3 |
| Facultad | | | | | | | | |
| -Educación e Idiomas | 2 | 22.2 | 5 | 55.5 | 2 | 22.2 | 9 | 30.0 |
| -Ciencia e Ingeniería | 2 | 33.3 | 3 | 50.0 | 1 | 16.6 | 6 | 20.0 |
| -Humanidades y Ciencias Jurídicas | 3 | 20.0 | 12 | 80.0 | 0 | 0 | 15 | 50.0 |
| Procedencia | | | | | | | | |
| Urbano | 6 | 24.0 | 17 | 68.0 | 2 | 8.0 | 25 | 83.4 |
| Rural | 1 | 20.0 | 3 | 60.0 | 1 | 20.0 | 5 | 17.6 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

CUADRO N° 9

Cuadro 9 a.

**Actitudes sobre las Medidas Cardioprotectoras en Docentes de la URACCAN Julio
Septiembre 2014**

n=30

| PROPOSICIONES | GRADO DE ACUERDO | | | | | | | | | |
|--|------------------|------|----|------|----|-----|----|------|------|------|
| | TDA | | DA | | I | | ED | | T ED | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % |
| Si dejo de fumar mejoro mi calidad de vida | 22 | 73.3 | 2 | 6.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 6 | 20.0 |
| Si poseo una dieta balanceada tengo menor riesgo de padecer de ECV. | 20 | 66.6 | 4 | 13.4 | 0 | 0.0 | 2 | 6.6 | 4 | 13.4 |
| El control médico continuo es indispensable | 18 | 60.0 | 4 | 13.3 | 2 | 6.7 | 0 | 0.0 | 6 | 20.0 |
| Si presento riesgos de una ECV me puedo morir | 16 | 53.3 | 6 | 20.0 | 0 | 0.0 | 6 | 20.0 | 2 | 6.7 |
| Si mantengo controles médicos continuos disminuyo el riesgo de padecer de ECV. | 16 | 53.3 | 8 | 26.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 6 | 20.0 |
| Si no practico ejercicios físicos tengo mayor riesgo de padecer una ECV | 14 | 46.6 | 8 | 26.7 | 0 | 0 | 2 | 6.7 | 6 | 20.0 |
| Considero eficaces las MCP una vez instauradas las ECV | 14 | 46.6 | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 | 10 | 33.3 | 2 | 6.7 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

Cuadro 9 b.
Actitudes sobre las Medidas Cardioprotectoras en Docentes de la URACCAN Julio
Septiembre 2014
n=30

| PROPOSICIONES | Grado de Acuerdo | | | | | | | | | |
|--|------------------|------|----|------|----|------|----|------|-----|------|
| | TDA | | DA | | I | | ED | | TED | |
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % | | % |
| Si tomo tratamiento farmacológico junto con los hábitos personales es más favorable para mi salud. | 14 | 46.6 | 6 | 20.0 | 2 | 6.7 | 4 | 13.3 | 4 | 13.3 |
| Debo poner en práctica las MCP desde temprana edad. | 12 | 40.0 | 12 | 40.0 | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 | 2 | 6.6 |
| Todas las personas sin excepción deben poner en práctica las MCP | 12 | 40.0 | 12 | 40.0 | 2 | 6.7 | 0 | 0.0 | 4 | 13.3 |
| Si soy de edad avanzada, tengo mayor riesgo de presentar ECV. | 10 | 33.3 | 10 | 33.3 | 6 | 20.0 | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 |
| Puedo contraer por herencia los riesgos de ECV. | 10 | 33.3 | 6 | 20.0 | 8 | 26.7 | 6 | 20.0 | 0 | 0.0 |
| Considero que las MCP sean más efectivas en las mujeres en la menopausia. | 6 | 20.0 | 4 | 13.3 | 12 | 40.0 | 8 | 26.7 | 0 | 0.0 |
| Necesito del apoyo psicológico de las demás personas para que las MCP sean más eficaces. | 6 | 20.0 | 6 | 20.0 | 2 | 6.6 | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

TDA: Totalmente de acuerdo

ED: En desacuerdo

DA: De acuerdo

TED: Totalmente en desacuerdo

I: Indeciso

CUADRO N° 10

**Características demográficas vs Actitudes de los Docentes de la URACCAN Julio
Septiembre 2014**

n=30

| Características demográficas | Actitudes | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|-------|--------------|------|-------|------|
| | Favorable | | Desfavorable | | Total | |
| | n° | % | n° | % | n° | % |
| <u>Edad</u> | | | | | | |
| 24-34 | 2 | 100.0 | 0 | 0 | 2 | 6.6 |
| 35-49 | 8 | 72.7 | 3 | 27.2 | 11 | 36.6 |
| 50-59 | 10 | 66.6 | 5 | 33.3 | 15 | 50.0 |
| Mayor de 60 | 2 | 100.0 | 0 | 0 | 2 | 6.6 |
| <u>Sexo</u> | | | | | | |
| Masculino | 10 | 66.6 | 5 | 33.3 | 15 | 50.0 |
| Femenino | 13 | 86.6 | 2 | 13.3 | 15 | 50.0 |
| <u>Estado Civil</u> | | | | | | |
| Soltero | 4 | 80.0 | 1 | 20.0 | 5 | 16.6 |
| Acompañado | 19 | 76.0 | 6 | 24.0 | 25 | 83.4 |
| <u>Etnia</u> | | | | | | |
| Mestizos | 10 | 76.9 | 3 | 23.0 | 13 | 43.3 |
| Miskitos | 12 | 75.0 | 4 | 25.0 | 16 | 53.3 |
| Otros | 1 | 100.0 | 0 | 0 | 1 | 3.3 |
| <u>Religión</u> | | | | | | |
| Católica | 7 | 87.5 | 1 | 12.5 | 8 | 26.6 |
| Morava | 9 | 75.0 | 3 | 25.0 | 12 | 40.0 |
| Otros | 7 | 70.0 | 3 | 30.0 | 10 | 33.3 |
| <u>Facultad</u> | | | | | | |
| -Educación e Idiomas | 7 | 77.7 | 2 | 22.2 | 9 | 30.0 |
| -Ciencia e Ingeniería | 5 | 83.3 | 1 | 16.6 | 6 | 20.0 |
| -Humanidades y Ciencias Jurídicas | 11 | 73.3 | 4 | 26.6 | 15 | 50.0 |
| <u>Procedencia</u> | | | | | | |
| Urbano | 19 | 76.0 | 6 | 24.0 | 25 | 83.3 |
| Rural | 3 | 60.0 | 2 | 40.0 | 5 | 16.7 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

CUADRO N° 11

**Frecuencia de Prácticas de las Medidas Cardioprotectoras en Docentes de la
URACCAN Julio Septiembre 2014**

n=30

| Proposiciones | Frecuencia | | | | | | | |
|---|------------|------|----|------|----|------|-----|------|
| | MF | | F | | PF | | NSA | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % |
| Prácticas alimenticias | | | | | | | | |
| Práctica de consumo de alimentos ricos en carbohidratos | 9 | 30.0 | 14 | 46.6 | 7 | 23.4 | 0 | 0.0 |
| Práctica de consumo de alimentos ricos en proteínas | 4 | 13.3 | 18 | 60.0 | 8 | 26.7 | 0 | 0.0 |
| Práctica de consumo de alimentos ricos en grasa | 3 | 10.0 | 5 | 16.6 | 22 | 73.4 | 0 | 0.0 |
| Práctica de consumo de alimentos ricos en fibra | 4 | 13.3 | 5 | 16.6 | 21 | 70.0 | 0 | 0.0 |
| Práctica de consumo de huevo cocido | 2 | 6.6 | 8 | 26.6 | 16 | 53.4 | 4 | 13.4 |
| Práctica de consumo de aceites de origen vegetal | 6 | 20.0 | 15 | 50.0 | 7 | 23.3 | 2 | 6.6 |
| Práctica de consumo de pescado | 3 | 10.0 | 10 | 33.3 | 17 | 56.7 | 0 | 0.0 |
| Ejercicio | | | | | | | | |
| Realiza ejercicios | 2 | 6.6 | 3 | 10.0 | 22 | 73.4 | 3 | 10.0 |
| Hábitos Tóxicos | | | | | | | | |
| Uso de medicamentos sin prescripción medica | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 12 | 40.0 | 18 | 80.0 |
| Consumo de bebidas alcohólicas | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 9 | 30.0 | 21 | 70.0 |
| Consumo de tabaco | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 3.3 | 29 | 96.7 |
| Consumo de drogas | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 30 | 100 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

MF: Muy Frecuente

F: Frecuente

PF: Poco Frecuente

NSA: No se Aplica

CUADRO N° 12

**Características demográficas vs Prácticas de los Docentes de la URACCAN Julio
Septiembre 2014**

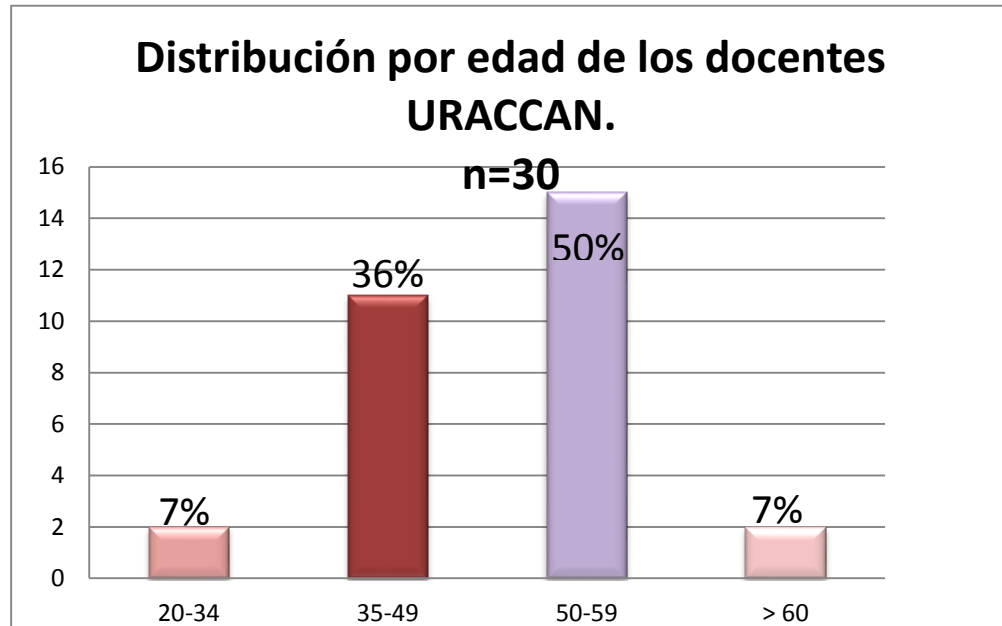
n=30

| Características demográficas | Prácticas | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|-------|-----------|------|-------|------|-------|------|
| | Buenas | | Regulares | | Malas | | Total | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % |
| <u>Edad</u> | | | | | | | | |
| 20-34 | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0 | 2 | 6.6 |
| 35-49 | 5 | 45.4 | 5 | 45.4 | 1 | 9.1 | 11 | 36.5 |
| 50-59 | 6 | 40.0 | 8 | 53.3 | 1 | 6.6 | 15 | 50.0 |
| Mayor de 60 | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0 | 2 | 6.6 |
| <u>Sexo</u> | | | | | | | | |
| Masculino | 5 | 33.3 | 8 | 53.3 | 2 | 13.3 | 15 | 50.0 |
| Femenino | 10 | 66.6 | 5 | 33.3 | 0 | 0 | 15 | 50.0 |
| <u>Estado Civil</u> | | | | | | | | |
| Soltero | 4 | 80.0 | 1 | 20.0 | 0 | 0 | 5 | 16.6 |
| Acompañado | 11 | 44.0 | 12 | 48.0 | 2 | 8.0 | 25 | 83.4 |
| <u>Etnia</u> | | | | | | | | |
| Mestizos | 5 | 38.4 | 7 | 53.8 | 1 | 7.7 | 13 | 43.2 |
| Miskitos | 4 | 25.0 | 11 | 68.7 | 1 | 6.2 | 16 | 53.2 |
| Otros | 1 | 100.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3.3 |
| <u>Religión</u> | | | | | | | | |
| Católico | 3 | 37.5 | 5 | 62.5 | 0 | 0 | 8 | 26.6 |
| Morava | 8 | 66.6 | 4 | 33.3 | 0 | 0 | 12 | 40.0 |
| Otros | 3 | 30.0 | 5 | 50.0 | 2 | 20.0 | 10 | 33.3 |
| <u>Facultad</u> | | | | | | | | |
| -Educación e Idiomas | 4 | 44.4 | 5 | 55.5 | 0 | 0 | 9 | 26.6 |
| -Ciencia e Ingeniería | 2 | 33.3 | 3 | 50.0 | 1 | 16.6 | 6 | 20.0 |
| -Humanidades y Ciencias Jurídicas | 9 | 60.0 | 5 | 33.3 | 1 | 6.6 | 15 | 50.0 |
| <u>Procedencia</u> | | | | | | | | |
| Urbano | 5 | 20.0 | 18 | 72.0 | 2 | 8.0 | 25 | 83.4 |
| Rural | 3 | 60.0 | 2 | 40.0 | 0 | 0 | 5 | 16.6 |

Fuente: Entrevista realizada a docentes de URACCAN Julio-Septiembre 2014

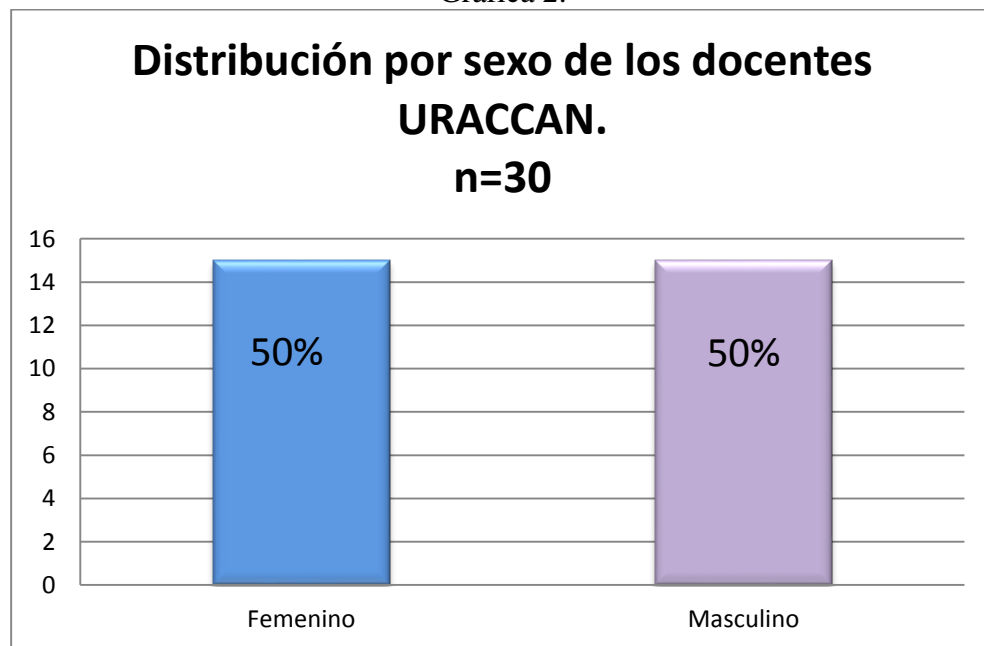
5.2 GRÁFICOS

Gráfica 1:



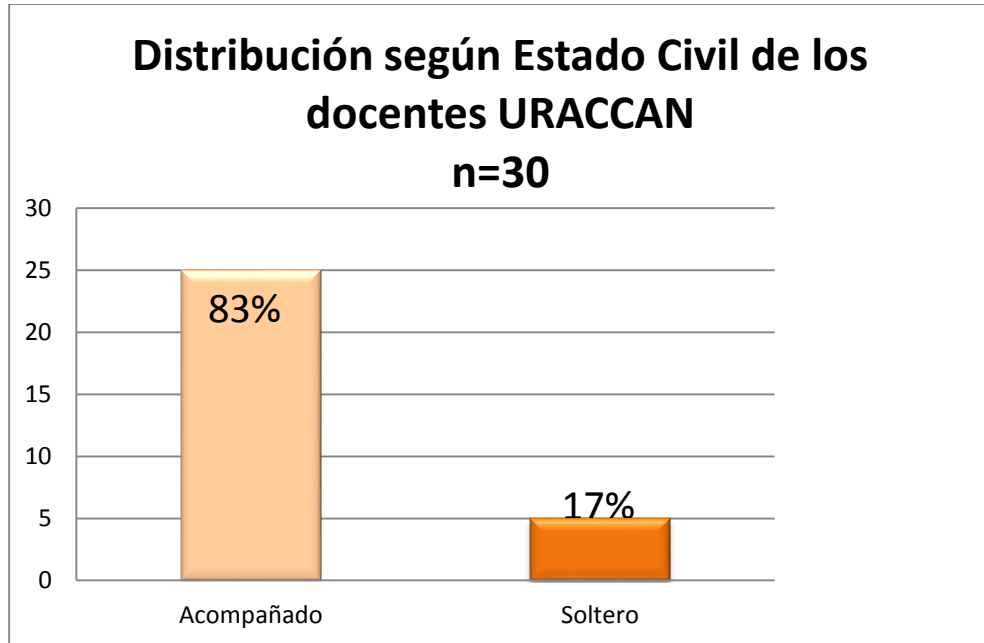
Fuente: Cuadro N°1 Características demográficas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 2:



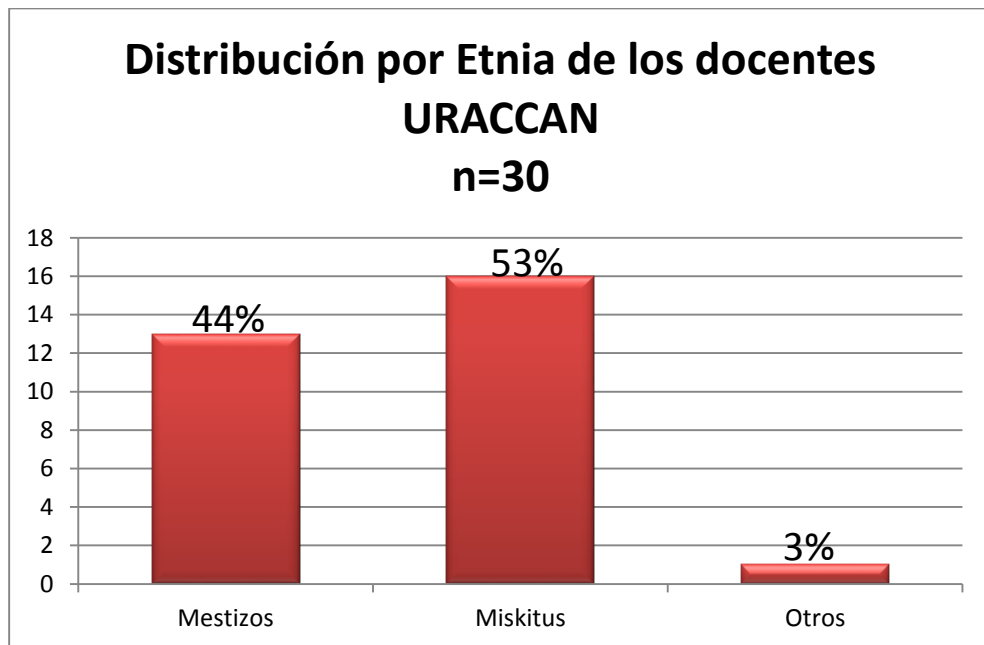
Fuente: Cuadro N°1 Características demográficas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 3:



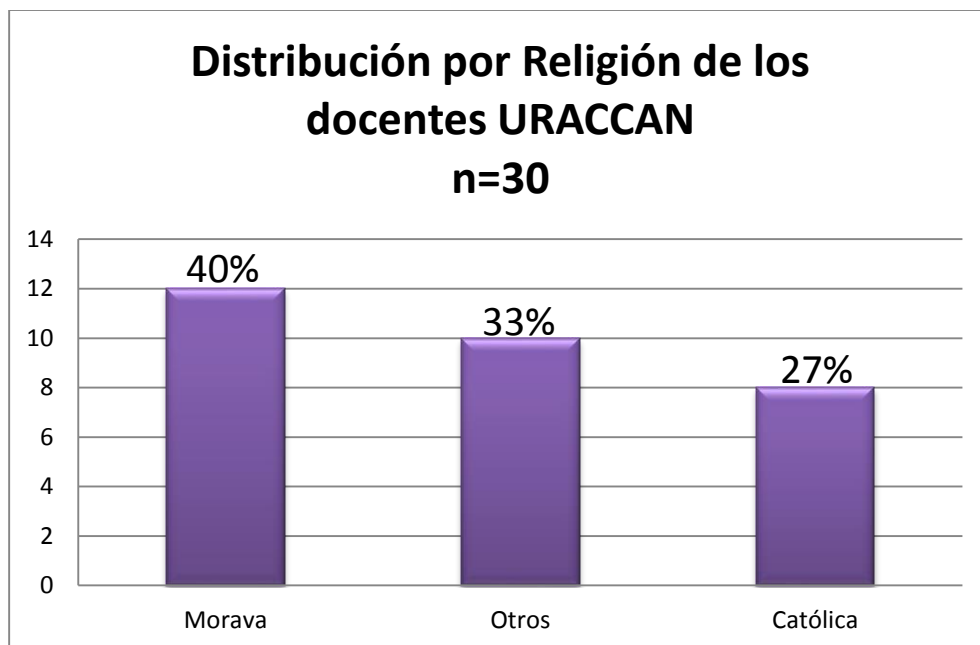
Fuente: Cuadro N°1 Características demográficas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 4:



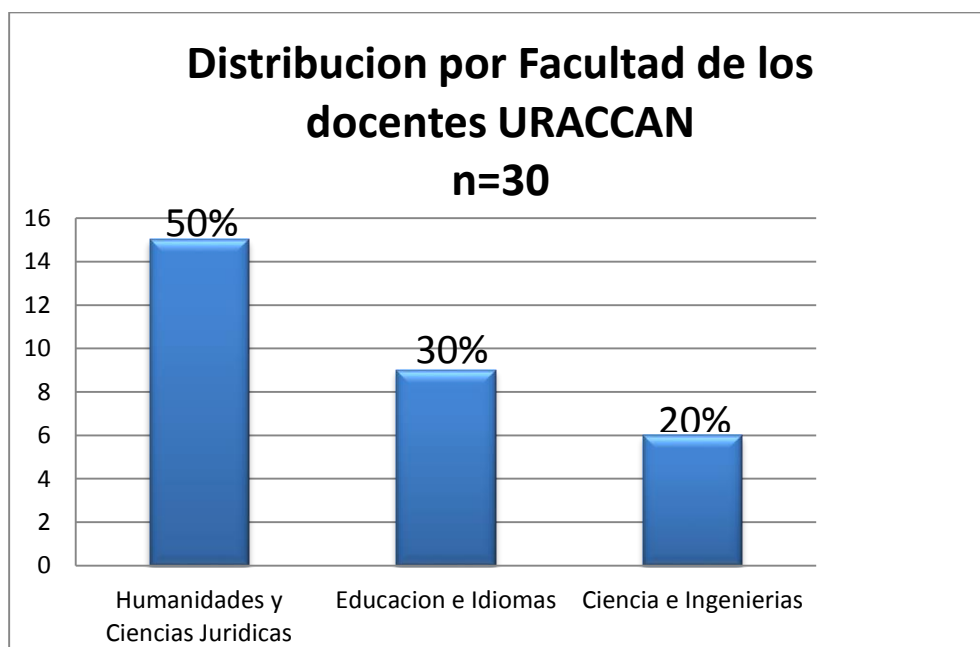
Fuente: Cuadro N°1 Características demográficas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 5:



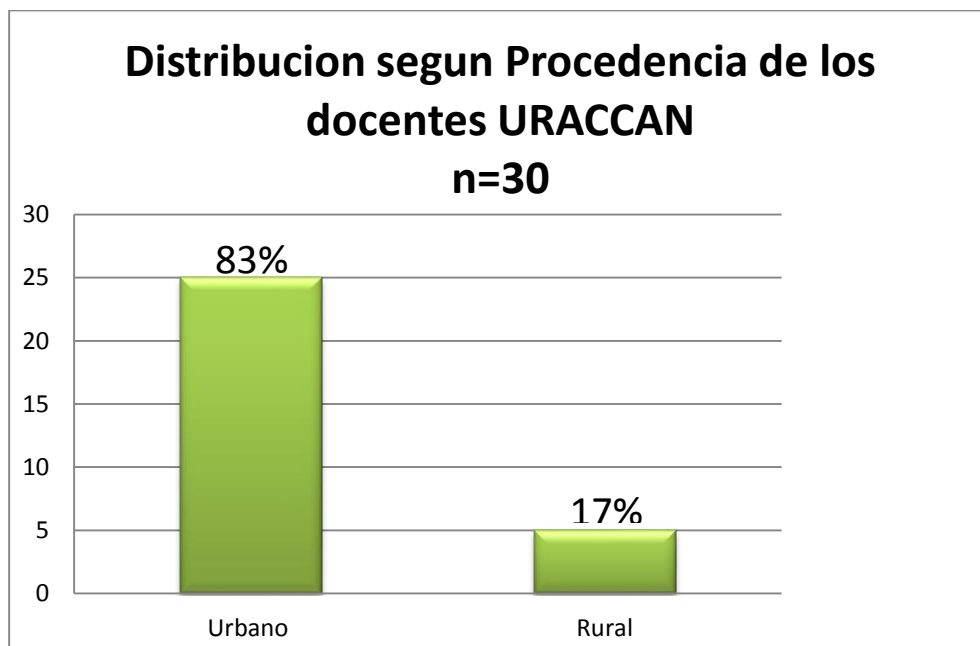
Fuente: Cuadro N°1 Características demográficas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 6:



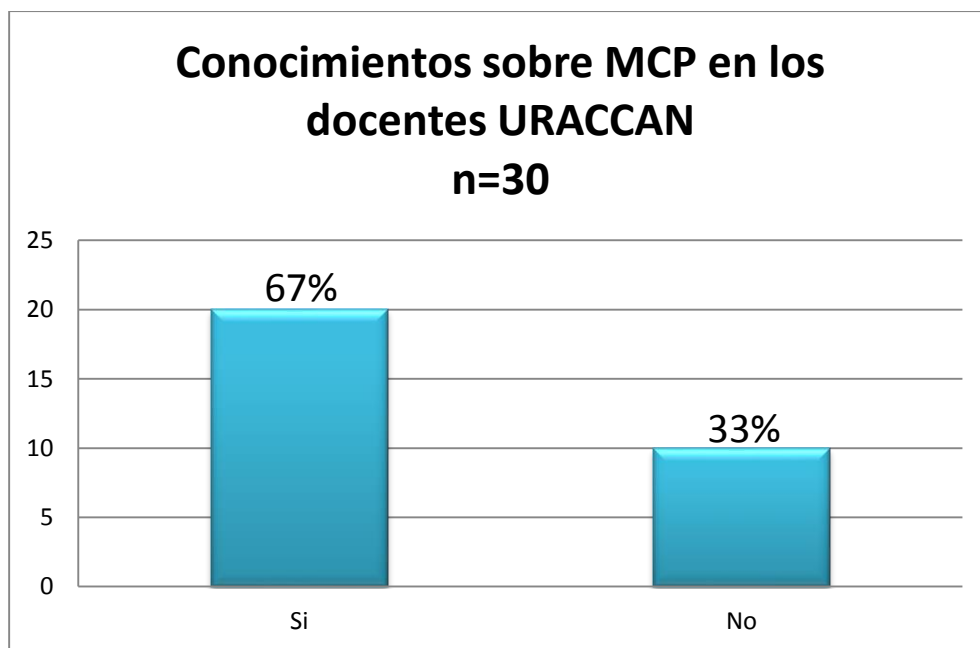
Fuente: Cuadro N°1 Características demográficas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 7:



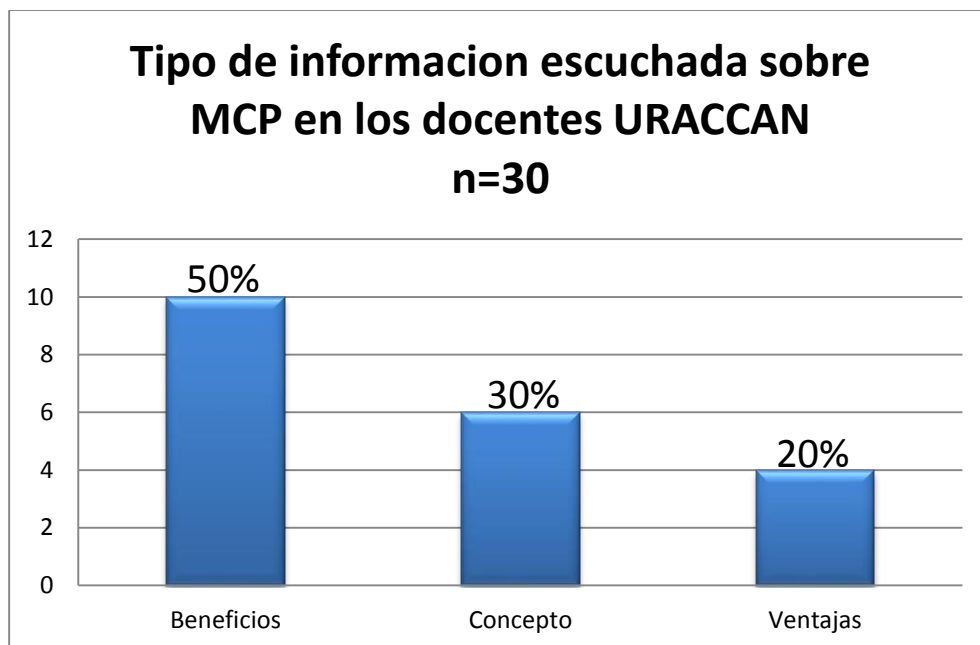
Fuente: Cuadro N°1 Características demográficas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 8:



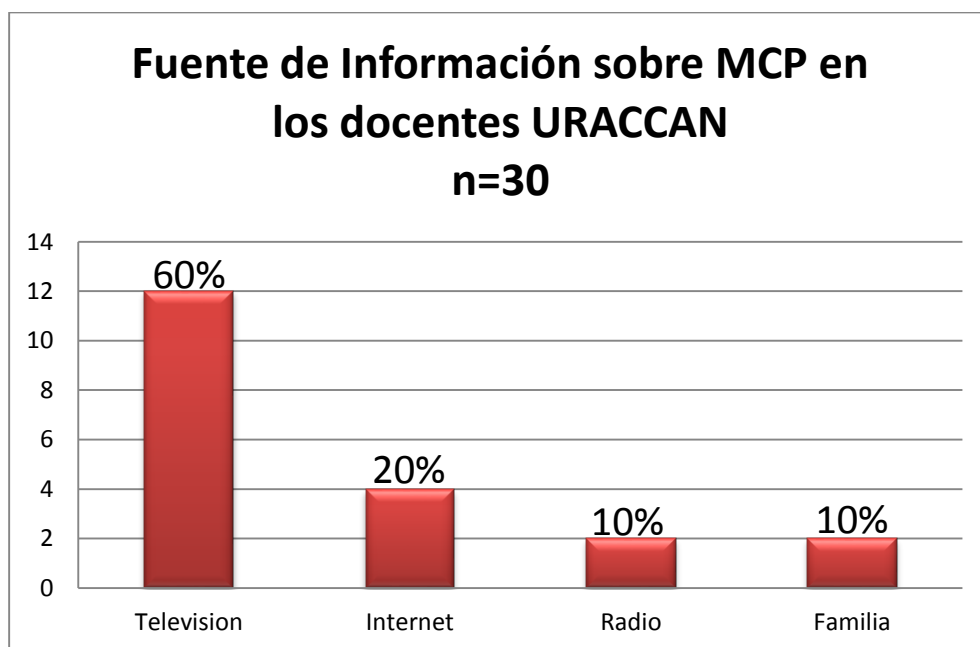
Fuente: Cuadro N°2 Conocimientos sobre MCP de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 9:



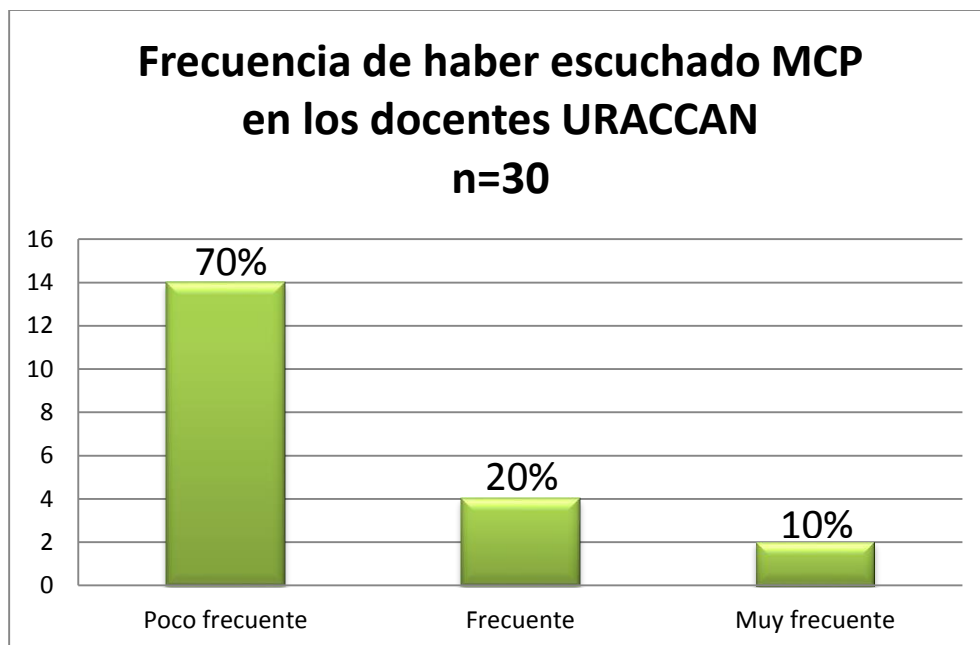
Fuente: Cuadro N°2 Conocimientos sobre MCP de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 10:



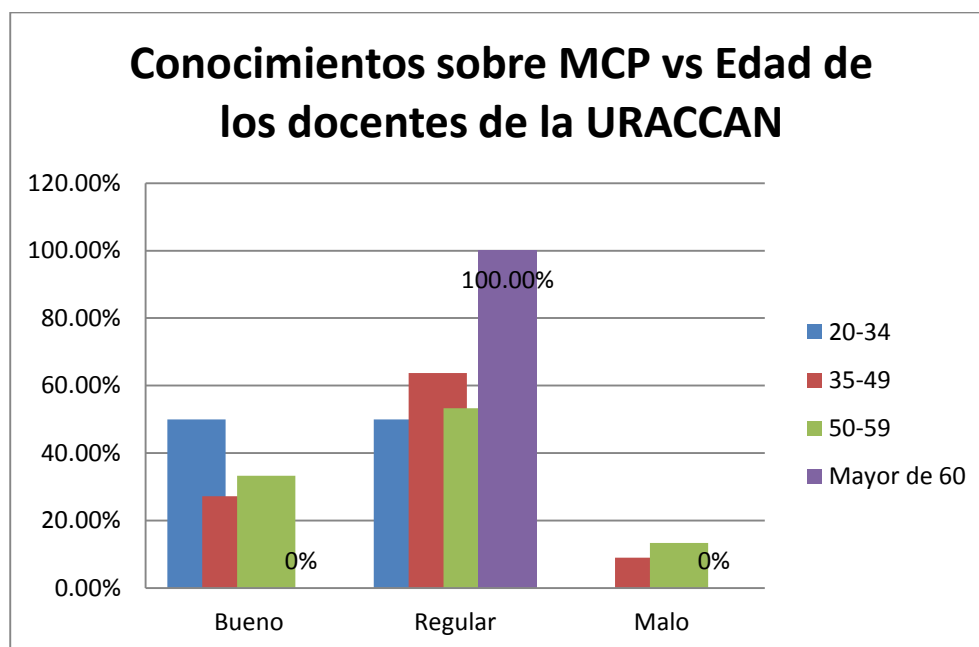
Fuente: Cuadro N°2 Conocimientos sobre MCP de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 11:



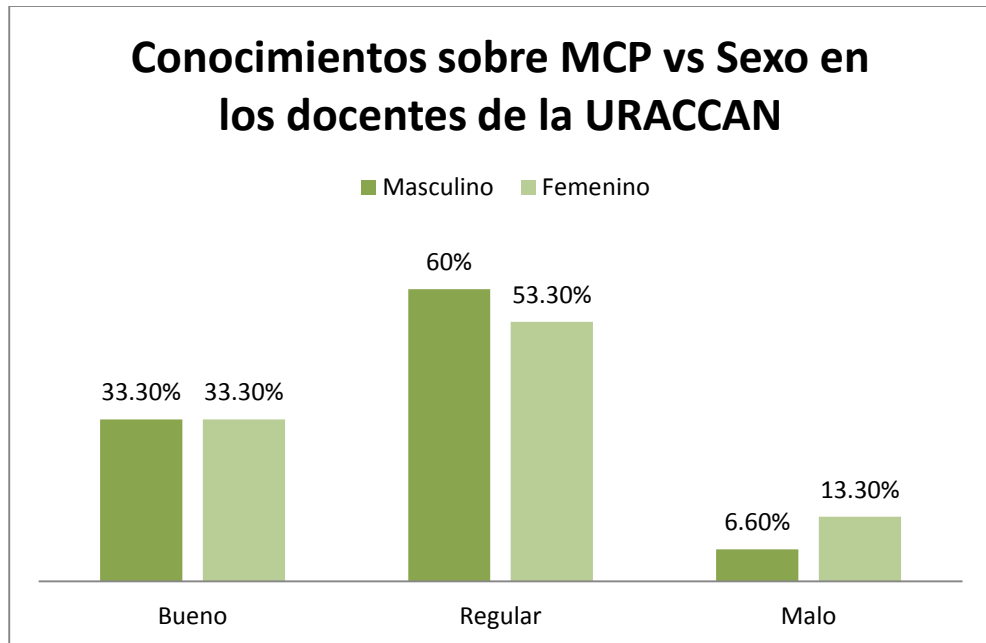
Fuente: Cuadro N°2 Conocimientos sobre MCP de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 12:



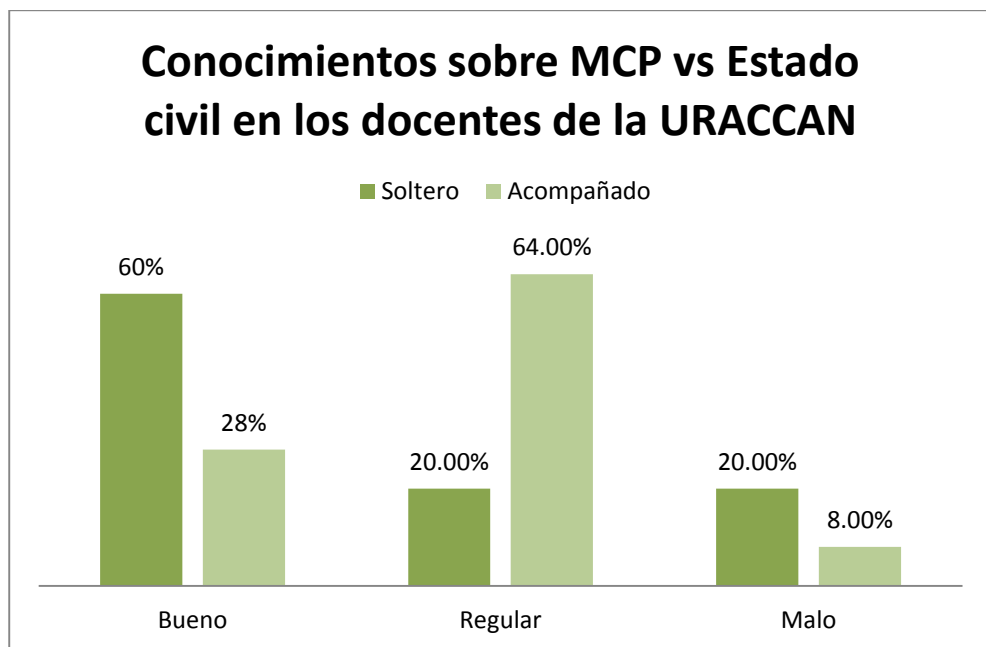
Fuente: Cuadro N°8 Características demográficas vs Conocimientos sobre MCP de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 13:



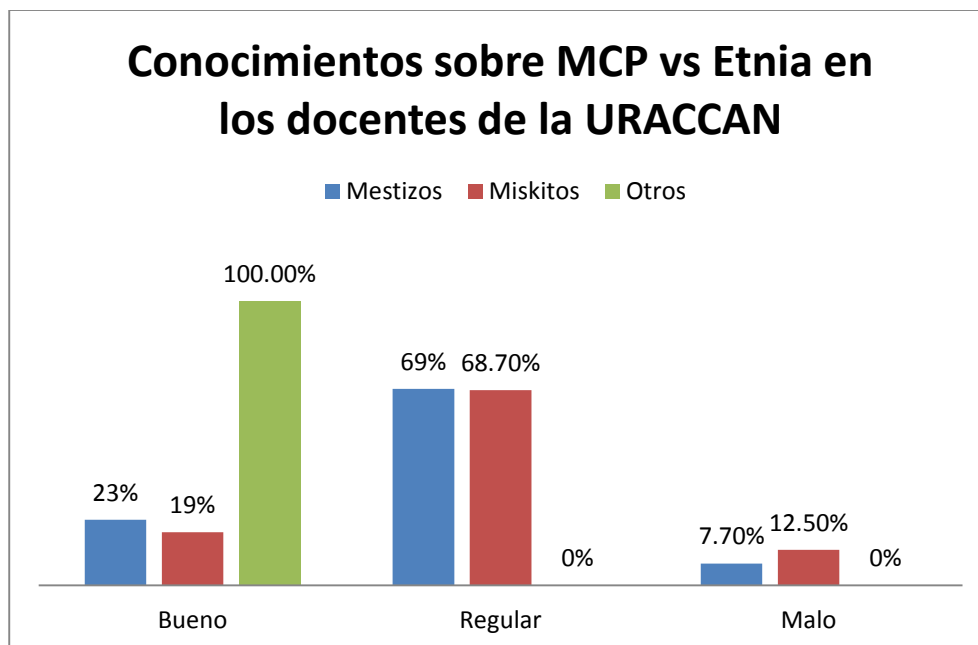
Fuente: Cuadro N°8 Características demográficas vs Conocimientos sobre MCP de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 14:



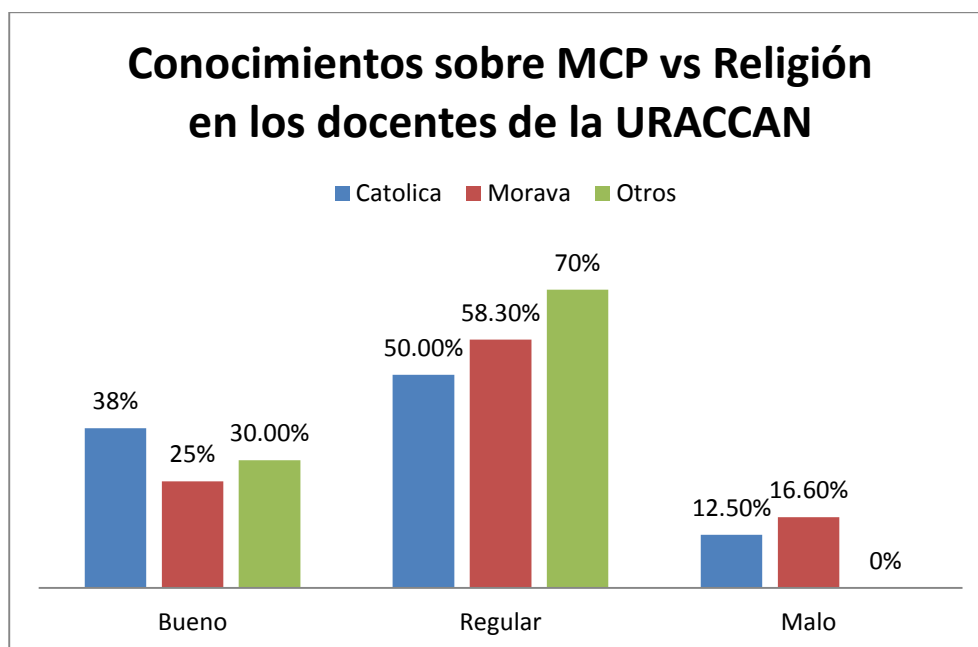
Fuente: Cuadro N°8 Características demográficas vs Conocimientos sobre MCP de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 15:



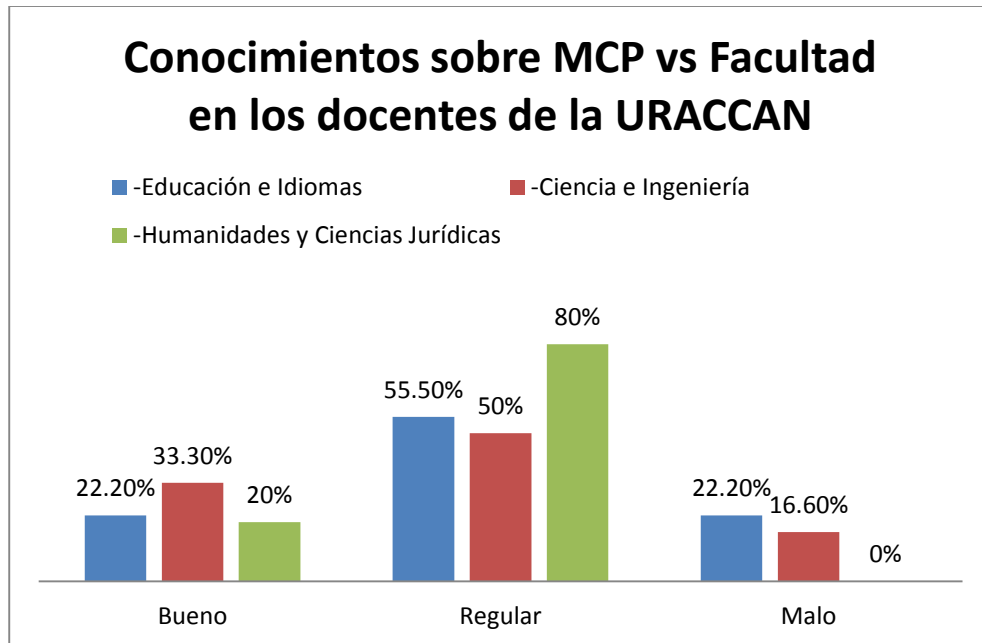
Fuente: Cuadro N°8 Características demográficas vs Conocimientos sobre MCP de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 16:



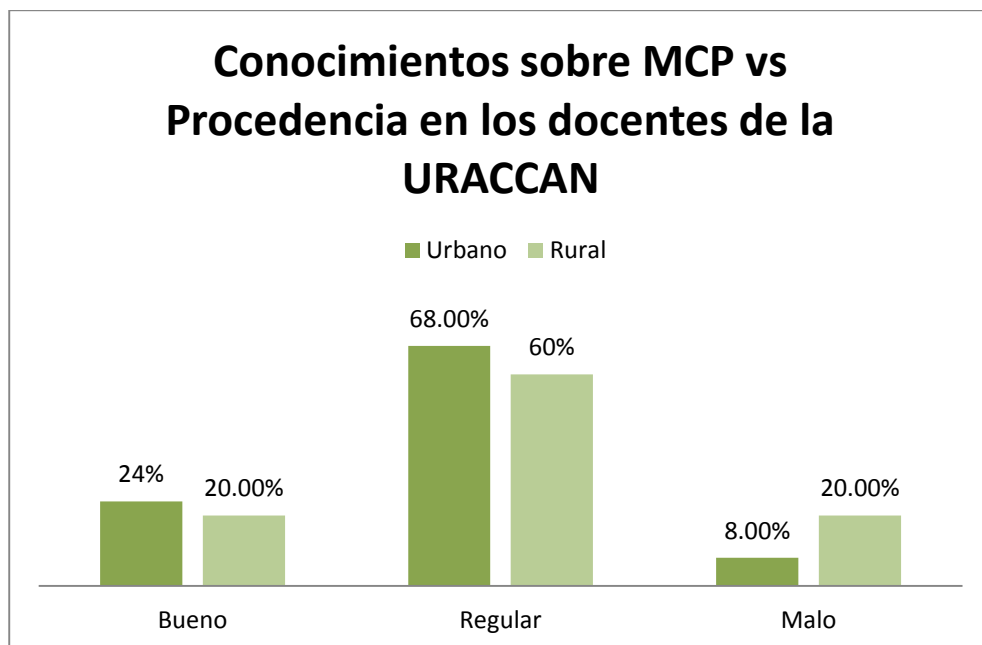
Fuente: Cuadro N°8 Características demográficas vs Conocimientos sobre MCP de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 17:



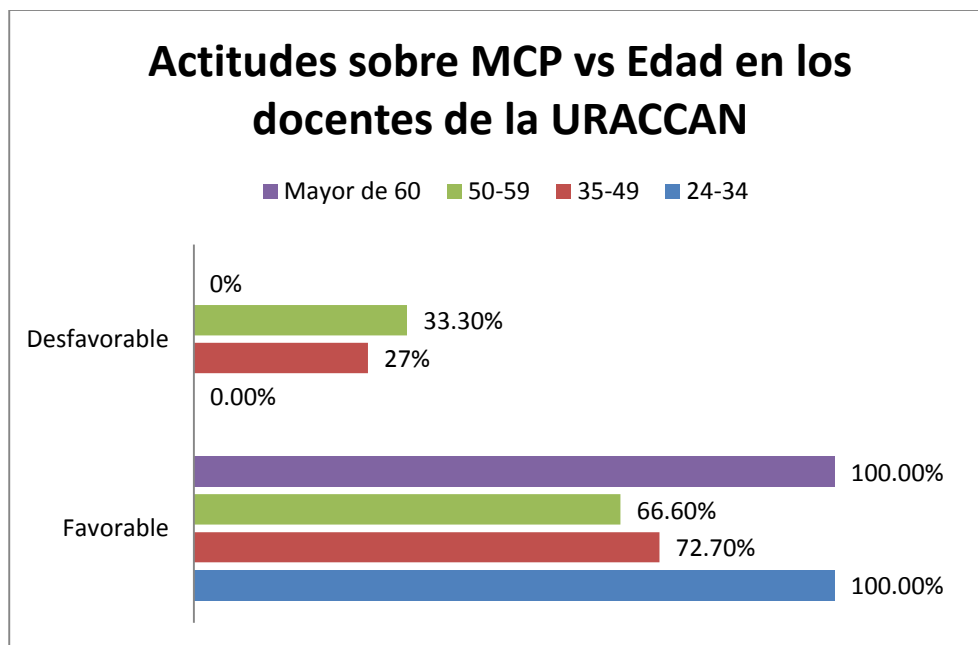
Fuente: Cuadro N°8 Características demográficas vs Conocimientos sobre MCP de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 18:



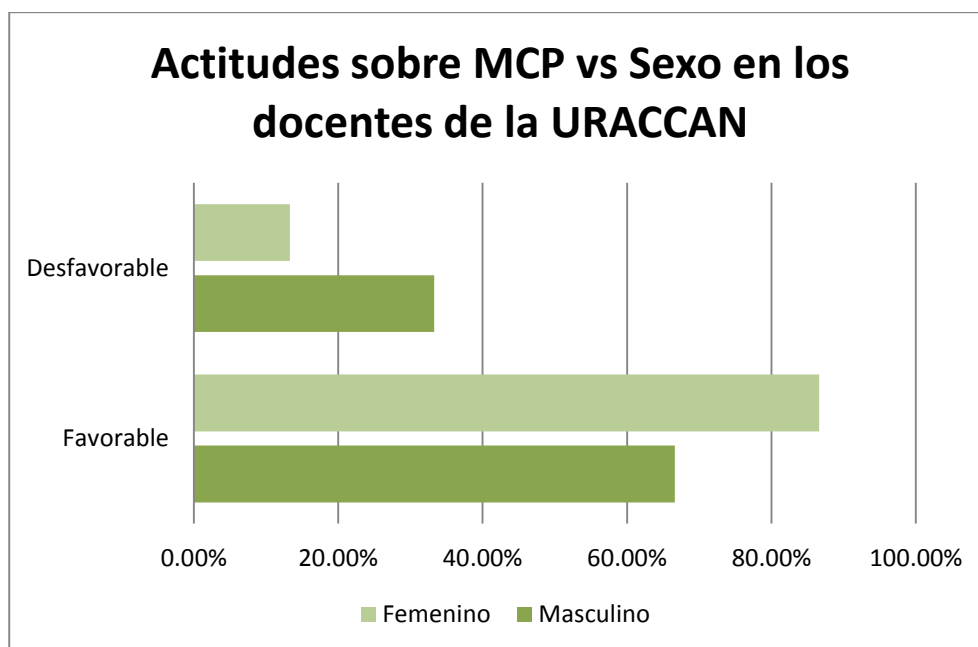
Fuente: Cuadro N°8 Características demográficas vs Conocimientos sobre MCP de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 19:



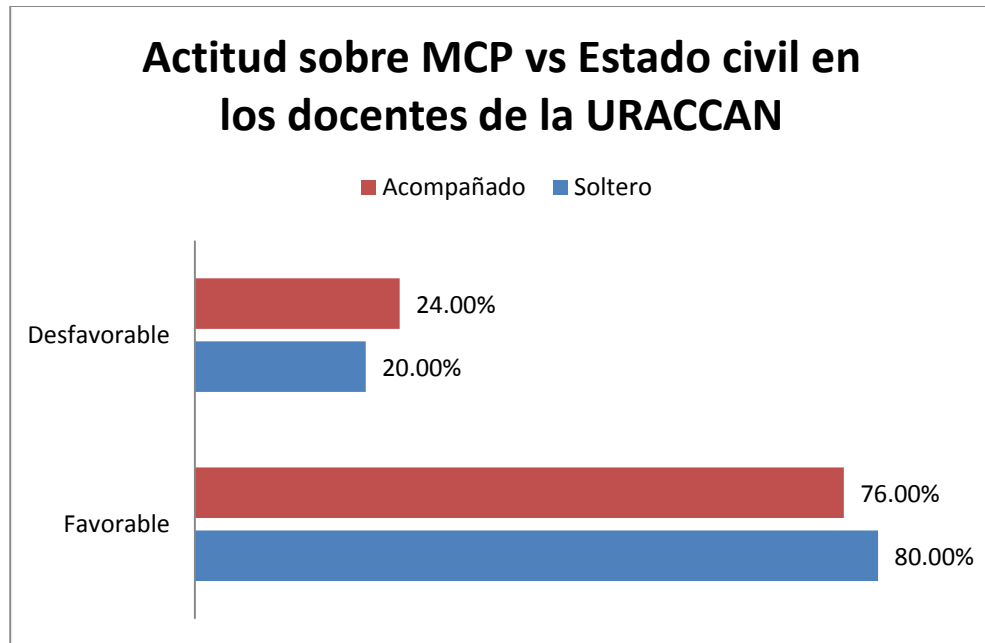
Fuente: Cuadro N°10 Características demográficas vs Actitudes de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 20:



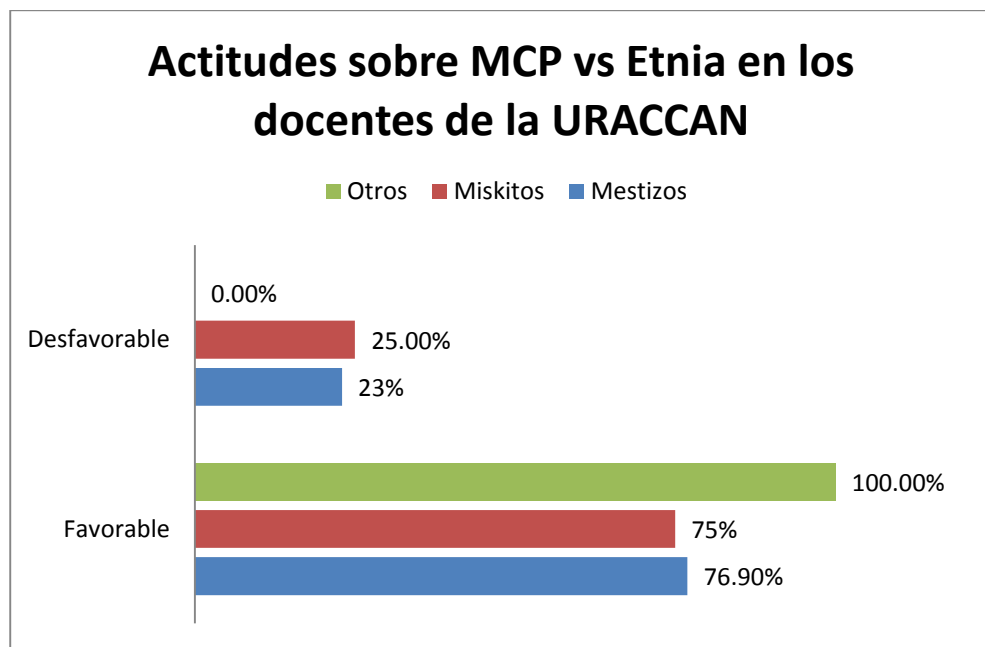
Fuente: Cuadro N°10 Características demográficas vs Actitudes de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 21:



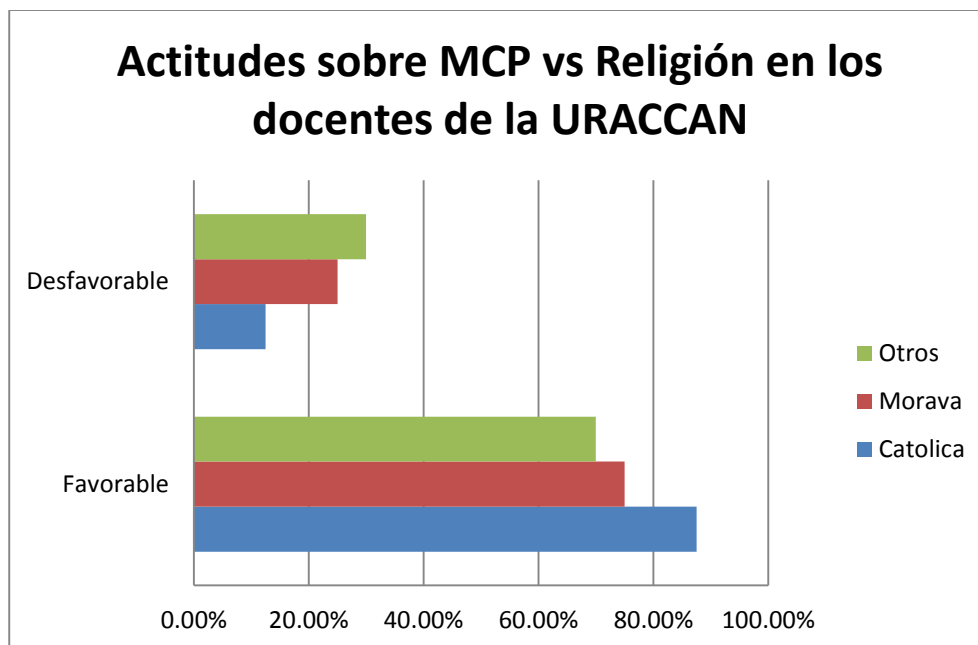
Fuente: Cuadro N°10 Características demográficas vs Actitudes de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 22:



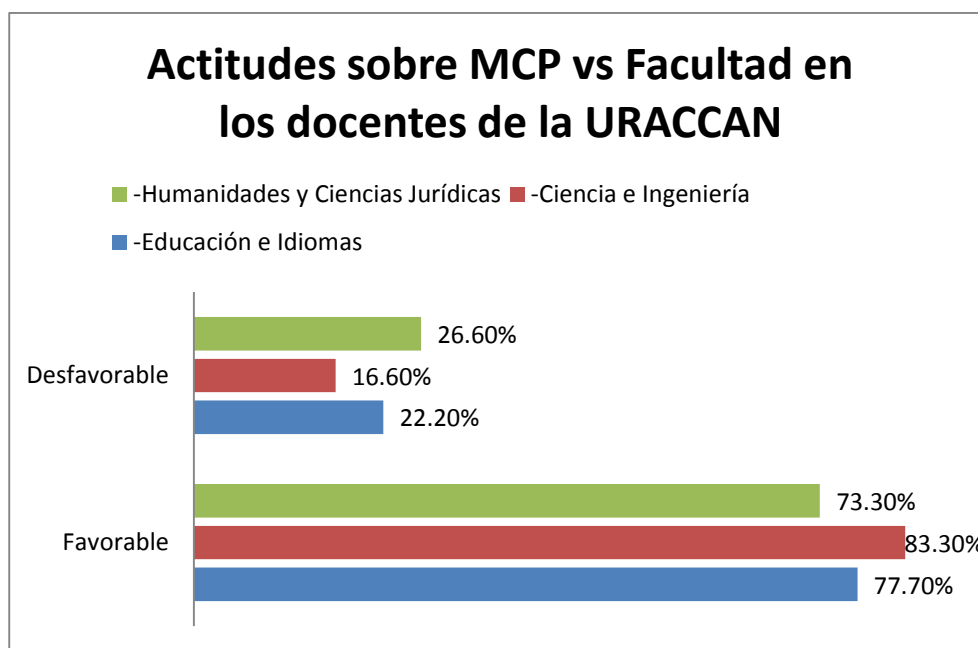
Fuente: Cuadro N°10 Características demográficas vs Actitudes de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 23:



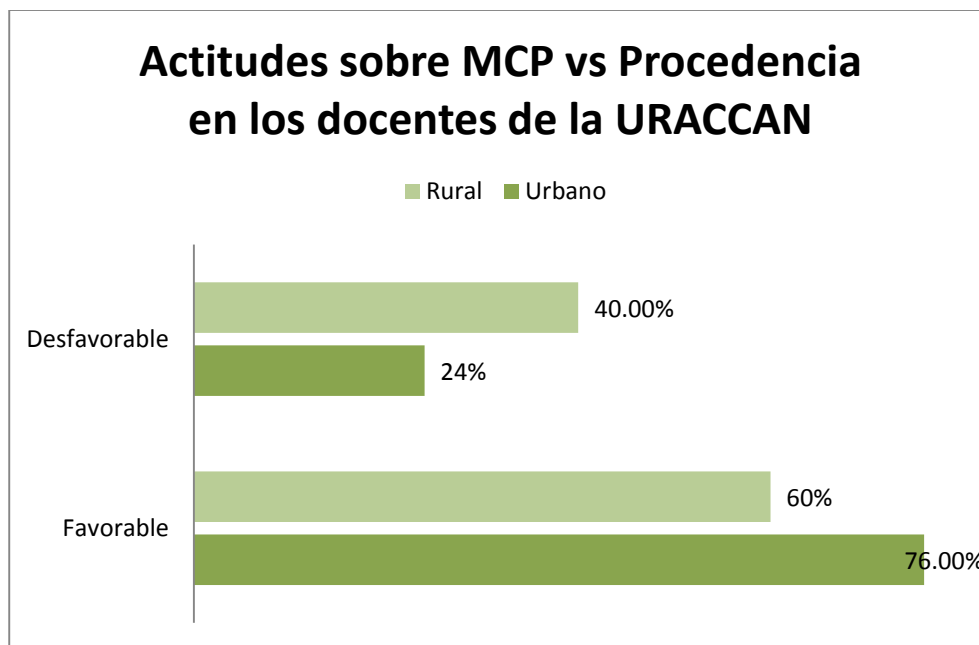
Fuente: Cuadro N°10 Características demográficas vs Actitudes de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 24:



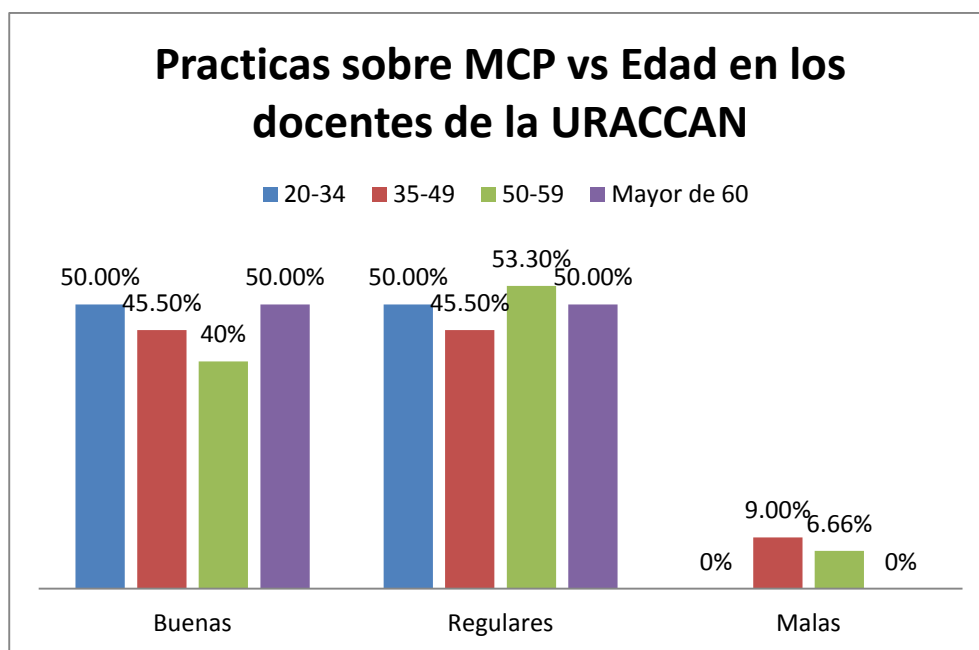
Fuente: Cuadro N°10 Características demográficas vs Actitudes de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 25:



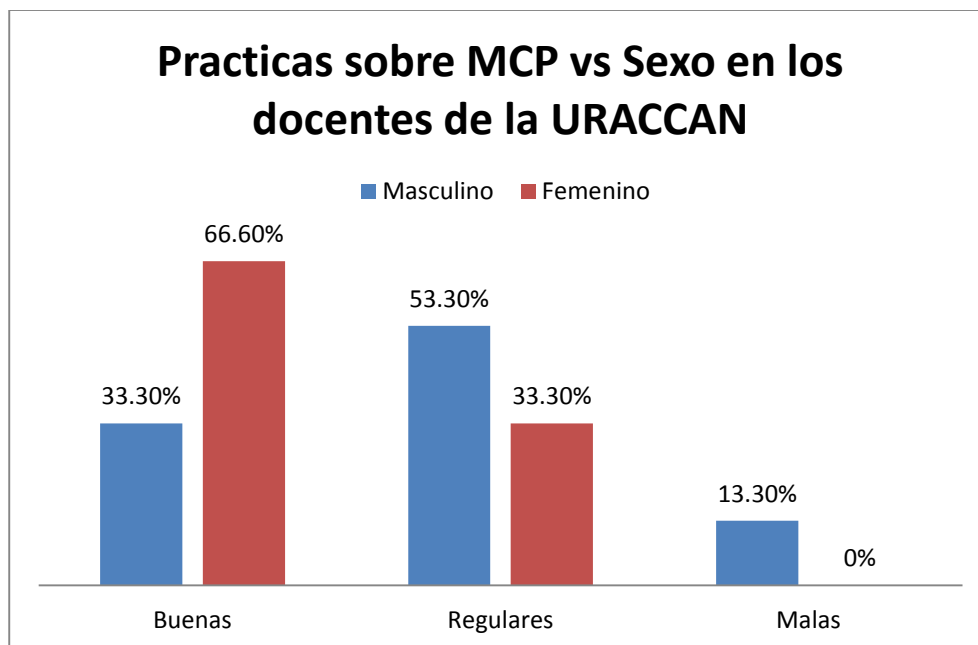
Fuente: Cuadro N°10 Características demográficas vs Actitudes de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 26:



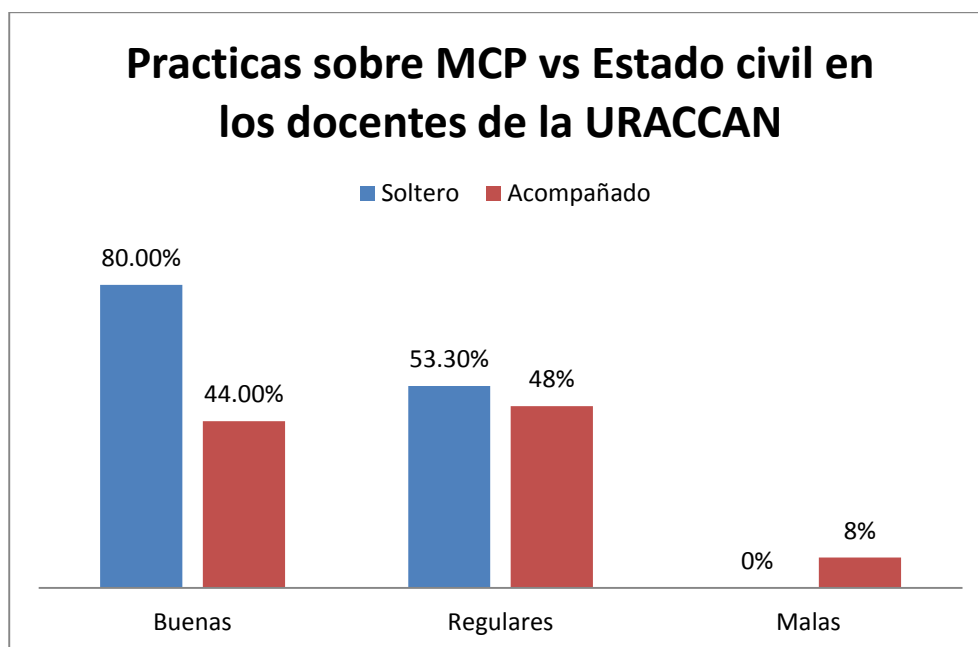
Fuente: Cuadro N°12 Características demográficas vs Practicas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 27:



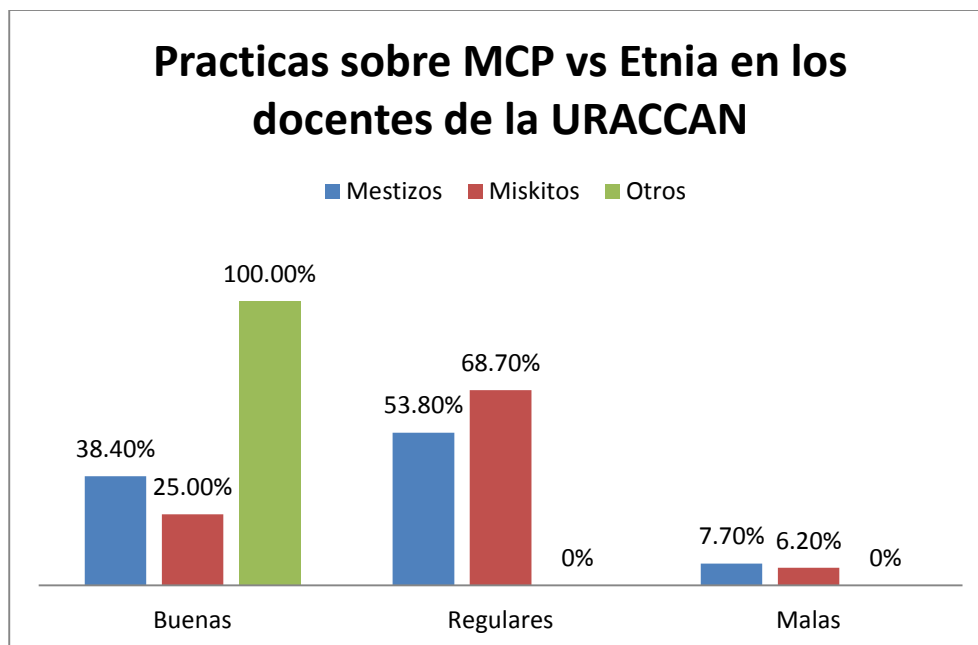
Fuente: Cuadro N°12 Características demográficas vs Practicas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 28:



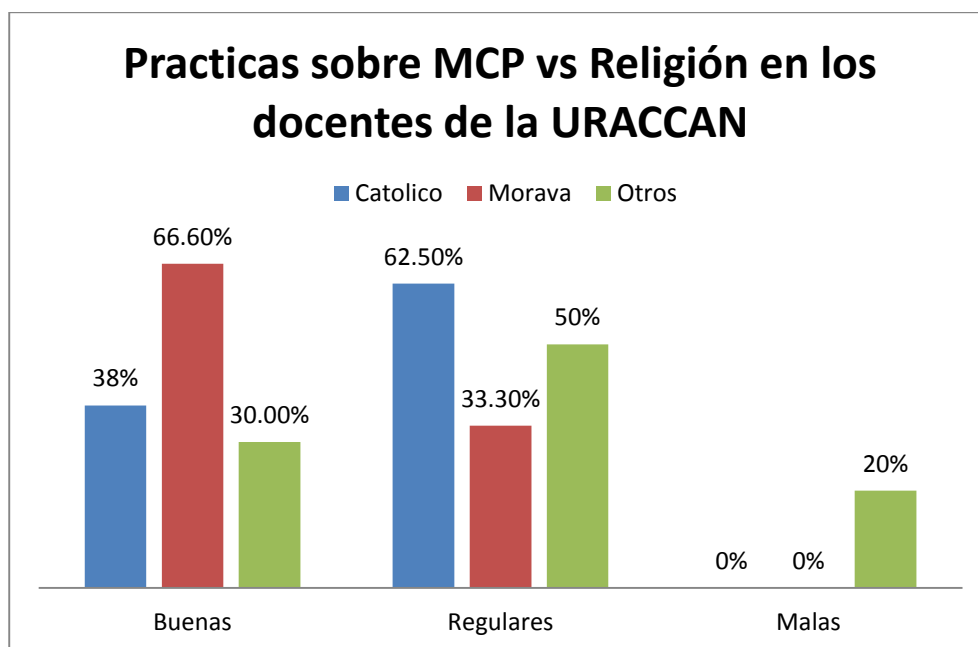
Fuente: Cuadro N°12 Características demográficas vs Practicas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 29:



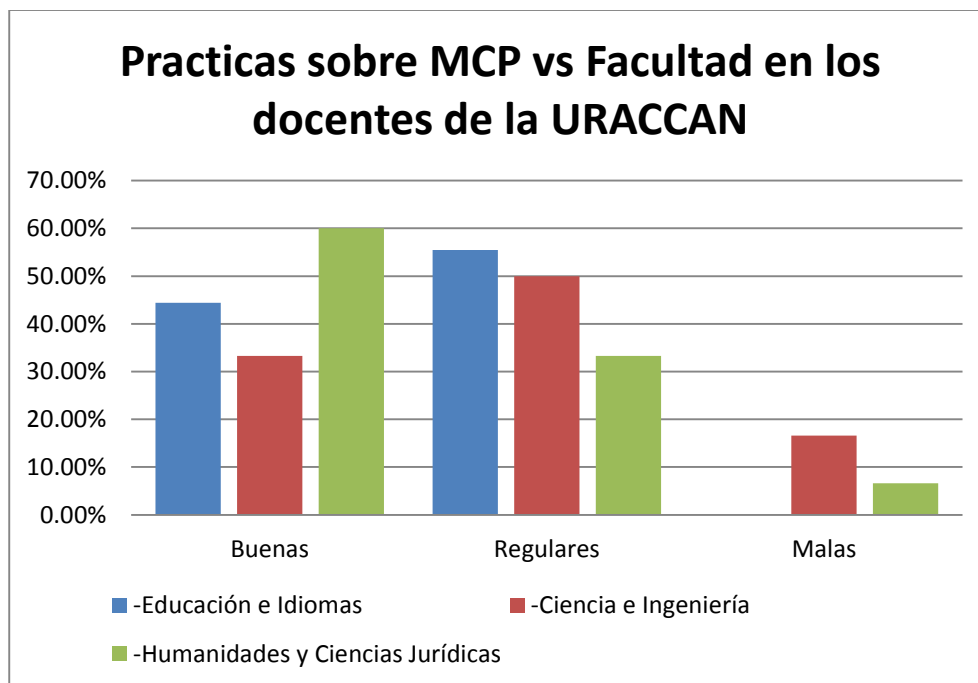
Fuente: Cuadro N°12 Características demográficas vs Practicas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 30:



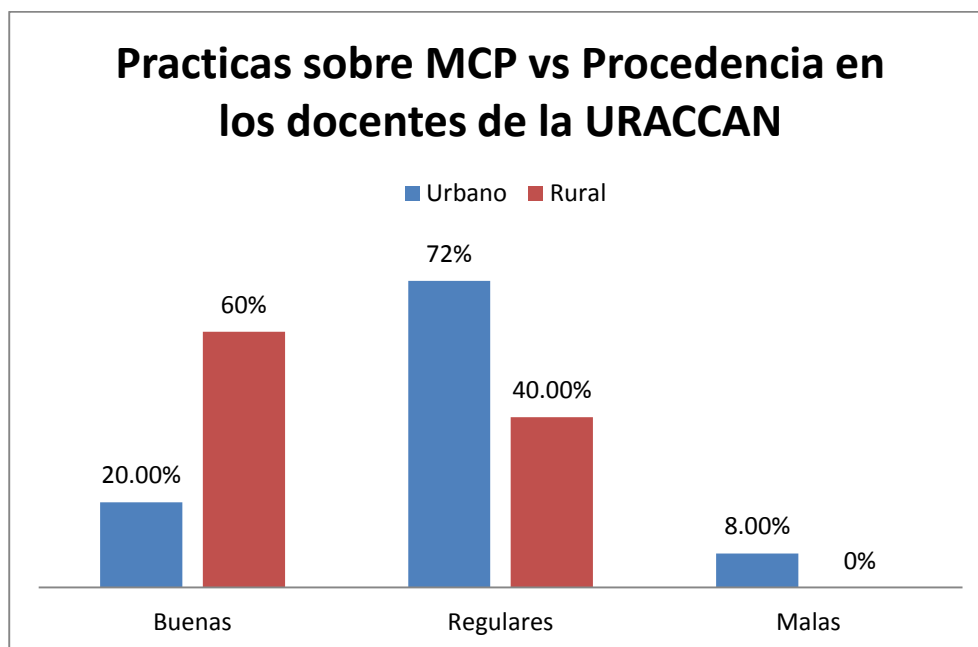
Fuente: Cuadro N°12 Características demográficas vs Practicas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 31:



Fuente: Cuadro N°12 Características demográficas vs Practicas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

Gráfica 32:



Fuente: Cuadro N°12 Características demográficas vs Practicas de los docentes de la URACCAN Julio Septiembre 2014

5.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La presente entrevista tiene como objetivo determinar los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las medidas de cardioprotección en Docentes de la URACCAN. La información que usted brindará será totalmente anónima y únicamente será utilizada para estos fines. Le solicitamos su colaboración y le agradecemos de antemano su disposición.

No de entrevista_____

I. DATOS DEMOGRAFICOS.

- 1) Edad: 1) 20-34_____ 2) 35-49_____ 3) 50-59____ 4) Mayor de 60_____
- 2) Sexo: 1) Femenino_____ 2) Masculino_____
- 3) Estado civil: 1) Soltero____ 2) Acompañado____
- 4) Etnia: 1) Mestizos____ 2) Misquito____ 3) Otros ____
- 5) Religión: 1) Católica____ 2) Morava__ 3) Otras____
- 6) Procedencia: 1) Rural _____ 2) Urbana _____ 3) Departamentos_____
- 7) Facultad: 1) Educación e Idiomas _____ 2) Ciencias e Ingeniería_____ 3) Humanidades y Ciencias Jurídicas_____

II. INFORMACION SOBRE MEDIDAS CARDIOPROTECTORAS.

A continuación encontrara una serie de preguntas, favor responderlas de acuerdo a su opinión

- 8) ¿Ha escuchado usted HABLAR sobre las medidas cardioprotectoras? 1) SI_____ 2) NO_____

SI SU RESPUESTA ES POSITIVA.:

- 9) ¿Qué Tipo de información escuchado?

1. Concepto_____ 2.Ventajas_____ 3.Beneficios_____

10) Las principales fuentes de información a través de las cuales se ha informado sobre MCP son:

1. Radio_____ 2.Televisión_____ 3.Internet_____ 4.Familia_____

- 11) ¿Con que frecuencia has escuchado acerca de las MCP?

1. Muy frecuente_____ 2.Frecuente_____ 3. Poco frecuente_____

III. EN LA SIGUIENTE TABLA HAY UNA SERIE DE PREGUNTAS, RESPONDA SEGÚN SU CONOCIMIENTO:

| CONCEPTO DE MEDIDAS CARDIOPROTECTORAS? | | SI(1) | NO(2) | NO SE(3) |
|--|---|-------|-------|----------|
| 12 | Medidas preventivas de complicaciones cardiovasculares. | | | |
| 13 | Actividades o estilos de vida que realiza una persona para prevenir cualquier daño a su corazón | | | |
| 14 | Son todas las prácticas saludables para disminuir el riesgo de sufrir de enfermedades cardiacas. | | | |
| 15 | Son todas aquellas medidas dirigidas a disminuir los factores de riesgo de enfermedades coronarias. | | | |
| 16 | Son estándares que se utilizan para prevenir problemas cardiacos. | | | |
| 17 | Son todas aquellas que evitan el riesgo de eventos cardiovasculares. | | | |
| BENEFICIOS DE LAS MEDIDAS CARDIOPROTECTORAS | | SI(1) | NO(2) | NO SE(3) |
| 18 | Mejora el pronóstico de las personas que ya han tenido episodio cardiovasculares | | | |
| 19 | Aumenta los años de vida, , | | | |
| 20 | Evita aparición de enfermedades cardíacas | | | |
| 21 | Mejora la calidad de vida. | | | |
| 22 | Menos incapacidad física | | | |
| 23 | Mayor independencia física. | | | |
| 24 | Mejora las relaciones humanas. | | | |
| 25 | Mejora el estado físico | | | |
| PERSONAS QUE DEBEN PONER EN PRÁCTICA LAS MEDIDAS CARDIOPROTECTORAS. | | | | |
| 26 | Personas con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular | | | |
| 27 | Adultos Jóvenes | | | |
| 28 | Adultos | | | |
| 29 | Personas obesas | | | |
| 30 | Personas Con riesgos Cardiovasculares | | | |
| 31 | Personas con enfermedades cardiovasculares | | | |
| 32 | Deportistas | | | |
| 33 | Personas mayores de 55 anos | | | |
| MITOS de MCP | | | | |
| 34 | Vivir estresado predispone a enfermedades cardiacas. | | | |
| 35 | Vivir enojado predispone a enfermedades cardiacas | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 36 | Las ECV solo les dan a las personas mayores de 50 años. | | | |
| 37 | Las ECV solo les dan a las personas obesas. | | | |
| 38 | Comer huevo está prohibido para personas con problemas del corazón. | | | |
| 39 | Solo las personas de mayor edad sufren afecciones cardiacas por lo que solo ellos deben realizar MCP | | | |
| 40 | Comer sin grasa da anemia | | | |
| 41 | Evitar los sustos, disgustos y los medicamentos ayudan al corazón | | | |
| 42 | los medicamentos ayudan al corazón | | | |
| TIPOS DE MEDIDAS CARDIOPROTECTORAS: | | | | |
| 43 | Ejercicio físico 30 minutos diario | | | |
| 44 | Evitar el fumado | | | |
| 45 | Dieta baja en grasa | | | |
| 46 | Cambios en el estilo de vida | | | |
| 47 | Toma de aspirina | | | |
| 48 | Evitar el estrés | | | |
| 49 | Bajar de peso | | | |
| 50 | 1 copa de vino a la semana | | | |
| 51 | Consumo de chocolate | | | |
| 52 | 4 huevos cocidos a la semana | | | |
| 53 | Disminuir el consumo de sal | | | |
| 54 | Controlar cifras de glicemia en pacientes diabéticos | | | |
| 55 | Cocinar con aceite vegetal | | | |

.Nivel de conocimiento: 1. Bueno ____ 2. Regular ____ 3. Malo ____

IV. ACTITUDES ANTE LAS MEDIDAS CARDIOPROTECTORAS.

A continuación se te presentan algunas proposiciones, manifieste Su forma de pensar en relación a ellas. Para responder marca una x en la columna que consideres compatible con tu opinión, usando la siguiente escala: 1) (TDA); Totalmente de acuerdo 2) (DA), De acuerdo 3) (I) Indeciso 4) (ED) En desacuerdo 5) (TED); Totalmente en desacuerdo.

| | PROPOSICIONES | GRADO DE ACUERDO | | | | |
|----|---|------------------|-------|------|-------|--------|
| | | TDA(5) | DA(4) | I(3) | ED(2) | TED(1) |
| 56 | Si presento riesgos de una ECV me puedo morir | | | | | |
| 57 | Debo poner en práctica las MCP desde temprana edad. | | | | | |
| 58 | Si poseo una dieta balanceada tengo menor riesgo de padecer de ECV. | | | | | |
| 59 | Si soy de edad avanzada, tengo mayor | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--------|-------|------|-------|--------|
| | riesgo de presentar ECV. | | | | | |
| 60 | Si no practico ejercicios físicos tengo mayor riesgo de padecer una ECV | | | | | |
| 61 | Si dejo de fumar mejoro mi calidad de vida | | | | | |
| 62 | Si mantengo controles médicos continuos, disminuyo el riesgo de padecer de ECV. | | | | | |
| 63 | Todas las personas sin excepción deben poner en práctica las MCP. | | | | | |
| 64 | El control médico continuo es indispensable. | | | | | |
| | | TDA(1) | DA(2) | I(3) | ED(4) | TED(5) |
| 65 | Considero eficaces las MCP una vez instauradas las ECV | | | | | |
| 66 | Si tomo tratamiento farmacológico junto con los hábitos personales es más favorable para mi salud. | | | | | |
| 67 | Considero que las MCP sean más efectivas en las mujeres en la menopausia. | | | | | |
| 68 | Necesito del apoyo psicológico de las demás personas para que las MCP sean más eficaces. | | | | | |
| 69 | Puedo contraer por herencia los riesgos de ECV. | | | | | |
| 70 | Si se baja de peso se pierden las energías corporales. | | | | | |

ACTITUD: 1.Favorable: _____ 2. Desfavorable: _____

V. PRÁCTICAS DE LAS MEDIDAS CARDIOPROTECTORAS

A continuación se te presentan algunas proposiciones, manifieste Su forma de pensar en relación a ellas. Para responder marca una x en la columna que consideres compatible con tu opinión, usando la siguiente escala: Muy frecuente (MF), Frecuente (F), Poco frecuente (PF), No se aplica (NSA).

| | PROPOSICIONES | FRECUENCIA | | | |
|----|---|------------|-------------|-----------|------------|
| | | MF(0) | F(1) | PF(2) | NSA(3) |
| | PRACTICAS ALIMENTICIAS | | | | |
| 71 | Frecuencia en que consumo alimentos ricos en carbohidratos (azucares, pan, dulces) | | | | |
| 72 | Frecuencia en que consumo alimentos ricos en proteínas (carnes, huevo) | | | | |
| 73 | Frecuencia en que consumo alimentos ricos en grasa(aceite, mantequilla, crema) | | | | |
| | | MF | F(2) | PF | NSA |

| | | (3) | | (1) | (0) |
|------------------------|--|------------|------------|------------|------------|
| 74 | Frecuencia en que consumo alimentos ricos en fibras(cereales, frutas, semillas) | | | | |
| 75 | Frecuencia en que consumo huevo cosido | | | | |
| 76 | Frecuencia en que consumo aceites de origen vegetal | | | | |
| 77 | Frecuencia en que consumo pescado | | | | |
| EERCICIOS | | | | | |
| 78 | Frecuencia en que Realiza ejercicio (caminar, correr, hacer gimnasia, bailar, natación, practica de algún deporte) | | | | |
| HABITOS TOXICOS | | MF | F | PF | NSA |
| | | (0) | (1) | (2) | (3) |
| 79 | Frecuencia en que consume tabaco | | | | |
| 80 | Frecuencia en que consume bebidas alcohólicas | | | | |
| 81 | Frecuencia en que consume drogas | | | | |
| 82 | Frecuencia en que consume medicamentos sin prescripción medica | | | | |

PRACTICA DE MCP 1. Buena_____ 2. Regular _____ 3. Mala_____ 4.Ninguna_____

Gracias por su participación.

5.4 Resultados de entrevista a Informantes Claves

| No | PREGUNTA | TRABAJADOR DE LA SALUD | PROFESORES DE SALUD | OTROS PROFESORES | DEPORTISTAS | NUTRICIONISTAS |
|----|---|---|---|--|--|---|
| 1. | Concepto de Medidas Cardioprotectoras (MCP). | <p>Son medidas encaminadas a prevenir la aparición de eventos cardiovasculares</p> <p>Son todas aquellas actividades o estilos de vida que realiza una persona para prevenir cualquier alteración en su corazón</p> <p>Son todas aquellas medidas empleadas con el objetivo de evitar las complicaciones cardíacas.</p> | <p>Son prácticas que tienen por objetivo evitar una patología cardiovascular y/o disminuir sus complicaciones, mediante la reducción de factores de riesgo</p> <p>Son aquellas que evitan problemas cardíacos en el paciente</p> <p>Son todas aquellas acciones que se realizan con el objetivo de disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas.</p> | <p>Son todas aquellas medidas de protección contra las enfermedades que afectan el corazón y la circulación sanguínea</p> <p>Son actividades que se utilizan para evitar aparición de eventos cardíacos</p> <p>Son medidas que practicamos para mejorar la salud del corazón.</p> | <p>Son las medidas encaminadas a proteger nuestro corazón de las distintas enfermedades que lo afectan.</p> <p>Son todas las prácticas saludables para disminuir el riesgo de sufrir de enfermedades cardíacas.</p> <p>Acciones que se realizan a fin de prevenir problemas cardíacos.</p> | <p>Son estándares que se utilizan para controlar o prevenir problemas cardíacos.</p> <p>Son todas aquellas que evitan el riesgo de eventos cardiovasculares.</p> <p>Son todas aquellas medidas dirigidas a disminuir los factores de riesgo de enfermedades coronarias.</p> |
| 2. | Cuales son las MCP? | <p>- La dieta, el ejercicio, el peso adecuado</p> <p>Realizar actividades físicas leves la mayoría de días de la semana</p> <p>- Disminuir los alimentos ricos en grasas (como las comidas fritas)</p> <p>- Dejar de fumar</p> <p>- Bajar de peso</p> <p>Hábitos personales.</p> <p>Hacer ejercicios físicos todos los días.</p> <p>No fumar.</p> <p>Dieta saludable.</p> | <p>- La alimentación, el ejercicio, medicamentos</p> <p>En pacientes obesos se recomienda bajar de peso</p> <p>-Evitar las comidas que contengan grasas saturadas</p> <p>-Dieta saludable</p> <p>-Dejar de fumar</p> <p>-Controlar cifras de glicemia en pacientes diabéticos</p> <p>-Realizar ejercicios de poco esfuerzo como caminar 30 minutos al menos 4 días a la semana</p> <p>Ejercicios.</p> <p>Buena alimentación.</p> <p>No fumar.</p> | <p>. Ejercicio físico, alimentación adecuada,, evitar el estrés</p> <p>toma de aspirina</p> <p>. buena alimentación</p> <p>. ejercicios</p> <p>. cambios en el estilo de vida</p> <p>. evitar el fumado</p> <p>Ejercicio</p> <p>Dieta baja en grasa</p> <p>Dormir adecuadamente al menos 8 horas</p> | <p>Visitar al médico constantemente. Comer saludable.</p> <p>Hacer ejercicio.</p> <p>Mucho ejercicio intenso.</p> <p>Buena alimentación.</p> <p>No consumo de drogas.</p> <p>Hábitos alimenticios, evitar fumar, ejercicio, control médico, evitar el uso de esteroides.</p> | <p>Dietas</p> <p>Ejercicios</p> <p>Chequeos médicos</p> <p>Chequeos periódicos</p> <p>Tomar medicamentos indicados.</p> <p>Estilos de vida saludables.</p> <p>Dieta saludable</p> <p>baja en grasas e hiposódica.</p> <p>Ejercicios físicos</p> |

| No | PREGUNTA | TRABAJADOR DE LA SALUD | PROFESORES DE SALUD | OTROS PROFESORES | DEPORTISTAS | NUTRICIONISTAS |
|----|---|---|---|--|---|--|
| 3. | Personas que ponen en práctica las MCP. | Deberían de ponerla en práctica aquellas personas que tienen factores de riesgo para desarrollar alguna enfermedad cardiovascular Los cardiópatas, los diabéticos, los obesos Los médicos. Los deportistas. Todas aquellas personas que conocen de estas medidas preventivas. | -Personas con antecedentes familiares de enfermedad cardíaca -Pacientes con múltiples factores de riesgo Los deportistas, los nutricionistas, personal de salud Deportistas. Jóvenes. Personas con riesgo o con enfermedades cardíacas. | . Pacientes con antecedentes de enf. Cardiovasculares . pacientes con enfermedades cardíacas . personas con antecedentes familiares . personas obesas Los médicos y las personas que padecen de alguna enfermedad cardíacas Atletas Jugadores de futbol Estudiantes de nutrición. | Deportistas. Personas conscientes sobre hábitos saludables. Cualquier persona por indicación médica. Los atletas de alto rendimiento. Los que están enfermos. Las modelos. Algunas personas particulares. ➤ Deportistas ➤ Jóvenes ➤ Obesos | Todos aquellos que trabajan o tienen conocimientos sobre estas medidas. Pacientes con hipertensión Diabéticos Con insuficiencia renal. Todo tipo de personas Por lo general solo las personas con enfermedad cardíaca, porque las personas sin enfermedad omiten estas medidas. |
| 4. | Cuál es la influencia de la educación en la práctica de MCP? | Al educar a las personas sobre MCP se les brinda información sobre lo que deben hacer para evitar una enfermedad cardiovascular y mejorar su calidad de vida Importante ya que la persona tiene conciencia de lo que es perjudicial para su salud y tomaría otras actitud frente a cualquier riesgo cardiovascular que padeciera o llegase a padecer El conocimiento sobre lo que es saludable al corazón y que lo predispone a problemas es indispensable. | La educación sobre MCP sirve para que la gente sepa lo importante que es tener estilos de vida saludable Mucho ya que la mayoría de la población profesional está consciente de los riesgos y las consecuencias y ventajas para evitar los problemas cardiovasculares. Nos ayuda a tener un mejor conocimiento para tener un cuerpo más saludable y prevenir problemas cardiacos. | La educación es importante para la prevención de la expresión de estas enfermedades La educación influye mucho, pero no lo es todo ya que es muy importante que además que sepa cambie de actitud Importante creo que entre mayor nivel económico se alimentan mejor las personas y tienen un nivel mejor de reducir enfermedades del corazón. | Con la educación se mejoran todos los malos hábitos y se mejora también la calidad de vida. Mejora o evita las enfermedades que afectan corazón el corazón. En un principio las personas ignoraban el que el tabaquismo es un factor de riesgo, pensaban que solo las personas obesas podían presentar este tipo de problemas ahora NO. | Considero que es poca la influencia y no debería ser así, ya que es un tema de vital importancia. Disminuye el riesgo de complicaciones ante la ECNT. En los pacientes enfermos se disminuyen complicaciones, como Infarto cardiaco y mejores controles de la HTA o la dislipidemia. |

| No | PREGUNTA | TRABAJADOR DE LA SALUD | PROFESORES DE SALUD | OTROS PROFESORES | DEPORTISTAS | NUTRICIONISTAS |
|----|---|--|--|---|--|---|
| 5. | Mencione los beneficios de la práctica de medidas cardioprotectoras. | Al ponerlas en práctica se mejora el estilo de vida de las personas disminuyendo así la tasa de incidencia de enfermedades cardiovasculares Disminuyen el riesgo de producir algún infarto, disminuyen el colesterol Disminuye riesgos de enfermedades. Mejora la calidad de vida. | - Disminuyen las hospitalizaciones por enfermedad cardiovascular - Disminuyen los casos de enfermedad cardiovascular - Mejora la calidad de vida - Mejora el pronóstico de las personas que ya han tenido episodio cardiovasculares Si se cumplen con todas las recomendaciones y medidas que nos hacen nos llevarían a tener un mejor índice de vida. Salud. Calidad de vida alto. Mejor relación social. | . reducción de la morbimortalidad de enfermedades cardíacas . mejoramiento de la calidad de vida Aumenta los años de supervivencia, evita aparición de riesgos cardíacos, mejora la calidad. Disminuye enfermedades del corazón como infarto y diabetes y problemas de la circulación | Larga vida más saludable. Alto rendimiento físico. Menos riesgo de infarto. Se consigue una mejor calidad de vida. Menos incapacidad física y mayor independencia física. Mejora la calidad de vida. Mejora el estado físico y emocional. Mayor economía. Mejora las relaciones humanas. | Trae consigo muchos beneficios entre ellos la prevención de enfermedades cardíacas o evitación de complicaciones. Disminuye riesgo de complicaciones Menos muerte. Mejora la calidad de vida. Aumenta la esperanza de vida. Mayor productividad. |
| 6. | De qué manera influyen los medios de comunicación en la práctica de MCP? | Influyen positivamente ya que por lo general es el único medio por el que las personas se informan, principalmente la televisión y el internet Son importantes porque cambian la manera de pensar de las personas y toman medidas más importantes acerca de su cuidado personal. Son importantes en la promoción de medidas de prevención a los problemas cardiacos. | Son importante porque no todas las personas tienen al alcance un doctor que los eduque sobre MCP, así que de esta manera obtienen información Por medio de los medios de comunicación es una forma de captar y nos orienta sobre temas relacionados con la salud y las medidas que tenemos que realizar, todo lo que debemos de evitar para tener enfermedades cardiovasculares y así tener un nivel mejor de vida y evitar complicaciones Son una de las fuentes principales con la que se puede llegar a un índice de mayor población. | Educación masiva en las áreas de menor acceso por medios audiovisuales, escritos En estos momentos muy poco porque no son muy divulgados, pero son muy importantes para informar a la población sobre estas prevenciones, ya que constituyen la primer causa de muerte a nivel mundial los eventos cardíacos. Mucho ya que hoy en día prácticamente todo se mueve por internet y los medios televisivos, radio y la mayoría de las personas poseen algunos de estos medios así que juegan un papel importante | Solamente te incitan a comer comidas chatarras: hamburguesas, fritos, etc.; que no son saludables. Porque esas empresas lo que le interesa es sacar dinero de la publicidad. No influyen positivamente. En la gran mayoría de los casos, te llenan con spots publicitarios sin importarle nada. Solo en algunos medios es que promueven el cuidado de tu salud. Los medios de comunicación juegan un papel importante ya que estos hacen campana de salud, pero de igual manera hacen comerciales promoviendo el consumo de alcohol y tabaco. | Creo que ahora de ninguna manera, ya que no promocionan estas medidas cardioprotectoras. Mejoran y concientizan a la población sobre la complicación de sus problemas de salud. Influyen motivando la ejercitación física y fomentación de hábitos alimenticios bajos en colesterol y grasas. |

| No | PREGUNTA | TRABAJADOR DE LA SALUD | PROFESORES DE SALUD | OTROS PROFESORES | DEPORTISTAS | NUTRICIONISTAS |
|----|---|---|--|--|--|---|
| 7. | Mencione los mitos de las MCP. | <p>- Está prohibido comer huevo a para las personas con alto riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular</p> <p>- Solo las personas de mayor edad sufren afecciones cardiacas por lo que solo ellos deben realizar MCP</p> <p>Que solo le da a las personas mayores de 50 años o a las personas obesas.</p> <p>Vivir estresado o enojado predispone a enfermedades cardiacas.</p> <p>El amor es saludable al corazón.</p> <p>Los que mueren del corazón es por ser amargados.</p> | <p>- Las pastillas para disfunción eréctil protegen el corazón</p> <p>- El ajo mejora la circulación del cuerpo</p> <p>Que si se come grasa no es propenso a padecer del corazón.</p> <p>Con mayor ejercicio disminuye el riesgo cardíaco.</p> | <p>Medicinas naturales como el ajo, te de manzanilla mejoran la circulación</p> <p>Bueno no entiendo mucho pero hay gente que dice que comer sin grasa te da anemia o</p> | <p>Que al practicar ejercicio físico te desgastas y no rindes sexualmente.</p> <p>Que al echar masa muscular se disminuye de tamaño el pene.</p> <p>Al hacer ejercicio te vuelves bruto.</p> <p>Ir al gimnasio te engorda.</p> <p>Las mujeres que van al gimnasio son chimbaronas.</p> | <p>Considero que algunas creencias son cuando las personas dicen que se deben evitar los sustos, tomar algunos medicamentos, disgustos, entre otros.</p> <p>Que se debe suspender totalmente algunas dietas o actividades a realizar.</p> <p>Que el corazón no duele.</p> <p>Que la grasa solo aumenta la masa corporal.</p> |
| 8. | ¿De qué manera reduce el riesgo de presentar eventos cardiovascular es la puesta en práctica de las MCP? | <p>Al poner en práctica las MCP se disminuyen las probabilidades de sufrir enfermedades cardiovasculares ya que se modifican los estilos de vida.</p> | <p>La puesta en práctica de medidas preventivas garantiza una vida más saludable.</p> | <p>mejorar el nivel de vida y la disminución de la morbimortalidad</p> <p>Al poner en práctica es tas medidas prevenimos enfermedades por lo tanto permanece estable nuestra salud</p> | <p>Que te van a proteger de las enfermedades que afectan a tu corazón y no vas a padecer de esas.</p> <p>Que al conocer las prácticas de riesgo, se evitaran, para no caer en la consecuencia final que es la enfermedad cardiaca.</p> <p>Mucho ya que el solo hecho de hacer ejercicio se dice que mantiene más saludables a las personas</p> | <p>Que con los hábitos saludables de las MCP se va a tener mejor calidad de vida y menos enfermedades.</p> <p>Se reduce grandemente el riesgo, pues se evitan situaciones predisponentes para problemas de salud.</p> <p>Al poner en práctica estas medidas se reduce el riesgo porque al evitar el consumo de ciertas sustancias protegemos nuestro organismo.</p> |

| No | PREGUNTA | TRABAJADOR DE LA SALUD | PROFESORES DE SALUD | OTROS PROFESORES | DEPORTISTAS | NUTRICIONISTAS |
|-----|---|---|--|--|---|--|
| 9. | Mencione las personas que pueden influir en la puesta en práctica de las MCP. | Los médicos de atención primaria son los que están en contacto más íntimo con las personas, por lo tanto son los que deberían educar a la población sobre MCP El personal de salud, los entrenadores Personal de salud. La familia. Los amigos. La sociedad. | Los trabajadores de la salud de los puestos públicos que son los que atienden a mayor cantidad de personas son los que deberían influir más en la educación y puesta en práctica de MCP a los pacientes Los doctores, los nutricionistas, entrenadores Médicos. Nutricionistas. El gobierno. | Comunidad familia, maestros, jefes de comunidades con educación en la salud Deportistas, doctores Médicos Nutricionistas Periodistas Padres | Mi entrenador. Los médicos. Las enfermeras. Los médicos. Entrenadores. Enfermeras. Nutricionistas. Los trabajadores de la salud. Los maestros. Los padres. La iglesia. | Considero que el pilar fundamental, son los profesionales de la salud, ya que tienen la gran responsabilidad de velar por la salud de los pacientes. Enfermeras Médicos Nutricionistas Profesores Nutricionistas Urólogos Diabetologos Deportistas |
| 10. | ¿De qué manera se pueden divulgar las MCP para beneficiar a las personas? | Mediantes trípticos que llamen la atención de las personas, estos deberían de traer la información necesaria y fácil de entender Poner anuncios en la televisión o en la radio, sacando artículos en la prensa sobre MCP. Charlas educativas a la población en general. Carteles, etc. | En los puestos de salud deberían de haber murales, o medios de comunicación que informen a la población sobre las MCP y los beneficios de estas Por los medios de comunicación (radio, televisión y artículos escritos) Campañas informativas. Implantación de nuevas normas en centros de salud en relación a estas medidas. | Medios de comunicación, centro de salud, escuelas, brigadistas A través de la radio, la televisión y el periódico De muchas como ya te había dicho el internet, los noticieros, la prensa etc. | Por los medios de comunicación. Charlas masivas. Concientización. Por los medios de comunicación. En los eventos deportivos masivo: boxeo, carreras, juegos, etc. ➤ Campañas publicitarias. ➤ Charlas. ➤ Anuncios informativos. | Con capacitaciones, anuncios en la televisión, la radio, periódicos, etc. Conferencias Charlas Medios de comunicación Por los medios de comunicación. Afiches. Campañas de salud. |

| No | PREGUNTA | TRABAJADOR DE LA SALUD | PROFESORES DE SALUD | OTROS PROFESORES | DEPORTISTAS | NUTRICIONISTAS |
|-----|--|--|--|---|--|--|
| 11. | MCP que deben de poner en práctica las mujeres. | <p>Ambos sexos deberían de cumplir las mismas MCP</p> <p>Dieta, ejercicio y eliminar vicios nocivos para el corazón</p> <p>Controles durante el embarazo.</p> <p>Alimentación adecuada.</p> <p>No fumar.</p> <p>Realizar ejercicios físicos.</p> | <p>Las mujeres son las que menos padecen enfermedades cardiacas en comparación con los varones, sin embargo las MCP son las mismas, ya que con el aumento de la edad tienen las mismas probabilidades de padecer una enfermedad cardiaca</p> <p>Alimentación, ejercicio, evitar tabaco, café y el uso de drogas.</p> <p>Dieta saludable.</p> <p>No fumar. ejercicios</p> | <p>Reducción de peso, cuidarse de enfermedades crónicas de base, mejorar la alimentación, buenos métodos de planificación familiar</p> <p>Dieta adecuada y el ejercicio físico</p> <p>Ejercicio</p> <p>Dieta</p> <p>Y pienso que sobre todo alimentación saludable</p> <p>Chequeo frecuente al medico</p> | <p>Alimentación saludable.</p> <p>Ejercicio físico.</p> <p>Ejercicio.</p> <p>Hábitos saludables.</p> <p>Visitar al médico para chequeos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar el sedentarismo. ➤ Control médico. ➤ Dieta saludable. ➤ No fumar. | <p>Considero que todos debemos de poner en práctica estas medidas iniciando con chequeos médicos.</p> <p>Ejercicio</p> <p>Dieta saludable</p> <p>Estilo de vida</p> <p>Evitar la obesidad.</p> <p>Cocinar con aceite bajo en LDL.</p> <p>Ejercicios físicos.</p> |
| 12. | MCP que deben de poner en práctica los varones. | <p>Todos por igual debemos de realizar MCP, pero haciendo énfasis en evitar el estilo de vida sedentario, que se vincula con frecuencia al sexo masculino. Sexo el cual tiene más tasas de enfermedad cardiaca</p> <p>Dieta, ejercicio y eliminar vicios nocivos para la salud</p> <p>No fumar.</p> <p>Disminuir el consumo de alcohol.</p> <p>Hacer ejercicios.</p> <p>Dieta saludable.</p> | <p>El sexo masculino es el que se ve más afectado con las enfermedades cardiovasculares, por lo tanto las MCP deben ser practicadas con mayor importancia, para reducir los factores de riesgo que predisponen de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Alimentación, ejercicio, evitar tabaco, café y el uso de drogas.</p> <p>Ejercicios.</p> <p>No fumar o disminuir este hábito.</p> <p>No Alcohol.</p> | <p>Ejercicios, alimentación, fumado, eliminación de factores de riesgo</p> <p>Dieta adecuada y el ejercicio físico</p> <p>Ejercicios</p> <p>Ya que son los más gordos.</p> <p>Consultar y hacerse chequeo constante con un medico</p> | <p>Alimentación saludable y prudente.</p> <p>Mucho ejercicio.</p> <p>Evitar el sedentarismo.</p> <p>Comer sano.</p> <p>Quemar grasas haciendo ejercicio físico.</p> <p>Evitar una vida sin actividad física.</p> <p>Evitar el sedentarismo.</p> <p>Control médico.</p> <p>Dieta saludable.</p> <p>No fumar</p> | <p>Todos debemos de poner en práctica estas medidas empezando con chequeos médicos.</p> <p>Ejercicio</p> <p>Dieta saludable</p> <p>Cambios en el estilo de Vida</p> <p>Ejercicios físicos.</p> <p>Dieta baja en grasas.</p> <p>Evitar el sedentarismo.</p> |

5.5 IMÁGENES











