

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: “CONOCIMIENTOS SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS MUJERES DE 30 A 60 AÑOS DE LA PARROQUIA IZAMBA”

Trabajo de Titulación, previo a la obtención del Grado Académico de Especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria

Modalidad de trabajo de investigación

Autora: Doctora, Cuenca Yaguana, Soraya Paulina

Director: Doctor, Torres Torres, Johny Mauricio, Esp.

Ambato – Ecuador

Abril 2021

A la unidad de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por la Doctora Sandra Elizabeth Villacís Valencia, Especialista, e integrado por los señores: Doctora. Herrera Martínez Angélica Victoria, Especialista, y la Médico Cristina Alexandra Urbina Vélez, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “CONOCIMIENTOS SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS MUJERES DE 30 A 60 AÑOS DE LA PARROQUIA IZAMBA”, elaborado y presentado por la señora Doctora, Soraya Paulina Cuenca Yaguana, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.



Dra. Sandra Elizabeth Villacís Valencia, Esp.
Presidenta y Miembro del Tribunal de Defensa



Dra. Angélica Victoria Herrera Martínez, Esp.
Miembro del Tribunal de Defensa



Md. Cristina Alexandra Urbina Vélez, Esp.
Miembro del Tribunal de Defensa

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: **“CONOCIMIENTOS SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS MUJERES DE 30 A 60 AÑOS DE LA PARROQUIA IZAMBA”**, le corresponde exclusivamente a la: Doctora Soraya Paulina Cuenca Yaguana Autora, bajo la Dirección del Doctor Johny Mauricio Torres Torres Especialista en Medicina Interna, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.



Doctora, Soraya Paulina Cuenca Yaguana

AUTORA



Doctor, Johny Mauricio Torres Torres, Esp.

DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Soraya Cuenca', with a horizontal line underneath it.

Doctora, Soraya Paulina Cuenca Yaguana

C.C. 1103551162

DEDICATORIA

Ha habido muchos altibajos durante el desarrollo de este proyecto, pero todo eso nos ha enseñado que en la vida nada es gratis siempre nos toca devolver todo lo bueno que nos da. Esta tesis significa un logro más en mi carrera, está dedicado a todas las personas que intervinieron en ella, en especial a mis padres amados Rosa Yaguana y Aparicio Cuenca, por ser incondicionales conmigo, a mi querido esposo Jaime Guerrero, por su esfuerzo, sacrificio, por creer en mi potencial y cada día inspirarme con esas palabras de aliento, y por supuesto a mi hijo Mateo Fernando, quien es mi motor en esta lucha por surgir día a día, a quien cada día le enseñó que nunca debemos rendirnos ante cualquier situación que nos quiera sucumbir.

AGRADECIMIENTO

Cuando inicié con este proyecto, sentí que iba a ser interminable, ha sido largo el camino que he recorrido, y nada sencillo, pero he llegado a cumplir esta nuevo logro, en el cual, primeramente quiero dar gracias a Dios, por haberme brindado la vida, la salud, la paciencia, la sabiduría, ha sabido guiarme por el sendero más propicio, a mis padres, por estar a mi lado apoyándome incondicionalmente y creer en mí, a mi esposo y mi hijo por la comprensión que han tenido conmigo de todo ese tiempo que no estuve con ellos por lo que no pudimos compartir y por supuesto a esos amigos entrañables, que de alguna u otra forma han colaborado en el desarrollo de esta tesis.

Mi agradecimiento también va hacia el personal de la Universidad Técnica de Ambato, en especial a mi tutor de tesis Dr. Johny Torres Torres y a mi docente de investigación Dra. Alicia Zavala, por haber tenido la paciencia de guiarme con sabios consejos en el proceso del desarrollo de esta tesis, también a los directivos de posgrado, por haber abierto sus puertas y darme la oportunidad de ampliar mis conocimientos en sus aulas, he aprendido mucho a lo largo del desarrollo de esta tesis, el saber que el esfuerzo y sacrificio no ha sido en vano, es muy satisfactorio.

Y por supuesto, quiero agradecer a todas aquellas mujeres que creyeron en mi proyecto y que voluntariamente participaron de una manera activa en esto, a todas las que dudaron también, y al final todas incrementaron esos conocimientos y los pusieron en práctica.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	1
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	2
AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	3
DERECHOS DE AUTOR.....	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO.....	6
ÍNDICE GENERAL.....	7
INDICE DE TABLAS	10
INDICES DE GRAFICOS	12
RESUMEN EJECUTIVO.....	13
SUMMARY	15
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA	16
1.1. Tema.....	16
1.2. Planteamiento del problema.....	16
1.2.1. Contextualización.....	16
1.2.2. Prognosis	20
1.2.3. Formulación del problema.....	20
1.2.4. Interrogantes	20
1.2.5. Delimitación del objeto de investigación	20
1.3. Justificación.....	21
1.4. Objetivos	22
1.4.1. General	22
1.4.2. Específicos	22
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	23

2.1.	Antecedentes investigativos	23
2.2.	Fundamentación filosófica	23
2.3.	Fundamentación legal	24
2.4.	Desarrollo de las variables	29
2.4.1.	Enfermedades Cardiovasculares.....	29
2.4.2.	Epidemiología.....	33
2.4.3.	Manifestaciones clínicas.....	33
2.4.4.	Fisiopatología	33
2.4.5.	Factores de riesgo	33
2.4.6.	Percepción de la salud	40
2.4.7.	Prevención cardiovascular.....	41
2.5.	Hipótesis.....	42
2.6.	Señalamiento de las variables	42
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA		43
3.1.	Modalidad básica de la investigación	43
3.2.	Nivel o tipo de investigación.....	43
3.3.	Población y muestra	44
3.4.	Operacionalización de variables	45
3.5.	Plan de recolección de información	47
3.6.	Plan de procesamiento de la información	47
3.7.	Estrategia de levantamiento de información	48
CAPÍTULO 4. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN		49
4.1.	Análisis e interpretación.....	49
4.1.1.	Características de la población	49
4.2.	Datos de la entrevista semiestructurada	57

4.3.	Comprobación de la Hipótesis	58
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		63
5.1.	Conclusiones	63
5.2.	Recomendaciones.....	64
CAPÍTULO 6. PROPUESTA		67
6.1.	Datos informativos	67
6.2.	Antecedentes de la propuesta	67
6.3.	Justificación.....	67
6.4.	Objetivos	68
6.4.1.	Objetivo general	68
6.4.2.	Objetivos específicos.....	68
6.5.	Análisis de factibilidad.....	68
6.6.	Fundamentación	68
6.7.	Metodología. Modelo operativo.....	70
6.8.	Administración.....	72
6.9.	Previsión de la evaluación.....	73
5.3.	BIBLIOGRAFÍA.....	74
5.3.	ANEXOS.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Clasificación de Killip del infarto agudo de miocardio.....	31
Tabla N°2. Clasificación de la hipertensión arterial.....	34
Tabla N°3. Cribado en la hipertensión arterial.....	35
Tabla N°4. Criterios diagnósticos para prediabetes	36
Tabla N°5. Criterios diagnósticos para diabetes tipo 2	37
Tabla N°6. Variable dependiente: conocimientos	45
Tabla N°7. Variable independiente: riesgo cardiovascular	46
Tabla N°8. Pasos seguidos de forma esquemática.	48
Tabla N°9. Nivel de educación de las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba .	49
Tabla N°10. Estado civil de las mujeres de la parroquia Izamba.....	50
Tabla N°11. Ocupación de las mujeres de la parroquia Izamba.....	50
Tabla 12. Lugar de residencia de las mujeres de la parroquia Izamba	51
Tabla N°13. Condición de estar en fase de climaterio en las mujeres de la parroquia Izamba según su edad.....	52
Tabla N°14. Uso de anticonceptivos en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba.....	52
Tabla N°15. Estado nutricional de las mujeres de la parroquia Izamba.....	53
Tabla N°16. Realización de ejercicio física en las mujeres de la parroquia Izamba.....	53
Tabla N°17. Antecedente de enfermedades familiares en las mujeres de la parroquia Izamba.....	55
Tabla N°18. Hábitos tóxicos en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba	56
Tabla N°19. Descriptores del análisis cualitativo de las entrevistas	57
Tabla N°20. Análisis fenomenológico	59

Tabla N°21. Metodología. Modelo operativo.....70

ÍNDICES DE GRÁFICOS

Gráfico N°1. Categorías fundamentales	28
Gráfico N°2. Análisis cualitativo de las entrevistas	57
Gráfico N°3. Administración.....	72

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
TEMA: CONOCIMIENTOS SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS
MUJERES DE 30 A 60 AÑOS DE LA PARROQUIA IZAMBA

AUTORA: Dra. Soraya Paulina Cuenca Yaguana

DIRECTORA: Dr. Johny Mauricio Torres Torres

FECHA: 2020

RESUMEN EJECUTIVO

El presente proyecto tiene como objetivo determinar el conocimiento que tienen las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba acerca del riesgo cardiovascular. Se conoce que en el Ecuador las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en las mujeres incluso antes que el cáncer. Estas enfermedades afectan a todos los estatus sociales, países tanto desarrollados como subdesarrollados, siendo la mujer el género más afectado por su vulnerabilidad sobre todo durante la etapa de la menopausia, donde los factores protectores como los estrógenos, van declinando, favoreciendo de esta manera el desarrollo de estas patologías. Se conoce que los factores de riesgos más significativos para el desarrollo de estas enfermedades están encabezados por el sedentarismo y la obesidad. Se trabajó con un enfoque cualitativo, basado en diseño fenomenológico lo que permitirá conducir la investigación de una manera más flexible, permitiendo encontrar lo subjetivo del problema a investigarse. Para esto en primera instancia se llenó de una ficha de datos de filiación, posteriormente se realizó una entrevista semiestructurada, con un tiempo de aplicación estimado entre 20 a 35 minutos a mujeres de la Parroquia Izamba que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, los datos serán obtenidos bajo visitas domiciliarias o lugar donde exista privacidad en un lugar cómodo y silencioso donde no existieran posibles interrupciones para proceder a la entrevista. Posteriormente se realizó la transcripción de la entrevista y colocación de los datos en una matriz Excel, la misma que nos permitió organizar y correlacionar la

información. Ante esto se pudo confirmar que el conocimiento se relaciona con el riesgo cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia de Izamba.

Palabras clave: conocimiento, enfermedad cardiovascular, estructura del conocimiento, factores de riesgo cardiovasculares.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**THEME: SELF-PERCEPTION AND KNOWLEDGE ABOUT
CARDIOVASCULAR RISK IN WOMEN AGES 30 TO 60 YEARS OLD FROM
THE IZAMBA PARISH**

AUTHOR: Dra. Soraya Paulina Cuenca Yaguana

DIRECTOR: Dr. Johny Mauricio Torres Torres

DATE: 2020

SUMMARY

The objective of this project is to determine the knowledge that women between the ages of 30 and 60 in the Izamba parish have about cardiovascular risk. It is known that in Ecuador cardiovascular diseases represent the first cause of death in women even before cancer. These diseases affect all social status, both developed and underdeveloped countries, with women being the gender most affected by their vulnerability, especially during the menopause stage, where protective factors such as estrogens, are declining, thus favoring the development of these pathologies. It is known that the most significant risk factors for the development of these diseases are led by sedentary lifestyle and obesity. We worked with a qualitative approach, based on phenomenological design, which will allow conducting the research in a more flexible way, allowing to find the subjective aspect of the problem to be investigated. For this, in the first instance, a filiation data sheet was filled out, later a semi-structured interview was carried out, with an estimated application time between 20 to 35 minutes to women of the Izamba Parish who met the inclusion and exclusion criteria, the Data will be obtained under home visits or a place where there is privacy in a comfortable and quiet place where there are no possible interruptions to proceed with the interview. Subsequently, the interview was transcribed and the data placed in an Excel matrix, which allowed us to organize and correlate the information. Given this, it was confirmed that knowledge is related to cardiovascular risk in women between 30 and 60 years of the Izamba parish.

Keywords: cardiovascular disease, cardiovascular risk factors, knowledge, structure of knowledge.

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

1.1.Tema

Conocimientos Sobre Riesgo Cardiovascular en las Mujeres de 30 a 60 Años de la Parroquia Izamba

1.2.Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

La presente investigación se centra en el conocimiento sobre riesgo cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba, con un enfoque cualitativo y un diseño fenomenológico, por medio de este estudio se busca determinar el conocimiento de esta población acerca del riesgo cardiovascular. Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), son un conjunto de patologías que afectan al corazón y al sistema circulatorio; incluidas: angina de pecho, arteriosclerosis, trombosis arterial periférica, infarto agudo de miocardio (IAM), enfermedad cerebrovascular, enfermedad de las arterias coronarias, insuficiencias cardíacas, entre otras (1,2).

Las ECV a nivel mundial, son la causa principal de muerte mucho más que otras enfermedades, como los cánceres más agresivos, la incidencia es similar en países desarrollados que, en países en vías de desarrollo, siendo, más del 80% de la población quienes mueren por ECV. Hasta el 2030, las ECV continuarán aumentando a nivel mundial, en Europa, Latinoamérica, Asia y Medio Oriente. La OMS refiere que, a nivel mundial 17,3 millones de personas mueren cada año, a causa de Enfermedad Cardiovascular, correspondiendo a 29,82% de todas las muertes en el mismo período; de los cuales el 49,7 % son mujeres (3,4).

En china 290 millones de habitantes padecen ECV, a causa principalmente de la obesidad. En países desarrollados como Australia y Estados Unidos, se considera a las ECV como el asesino principal, incluso antes que el cáncer, siendo su prevalencia mayor en los hombres, casi en dos veces en relación con las mujeres, además, se incrementa con la edad y con la presencia de alguna morbilidad sobreañadida, así, el 80% termina en muerte prematura (5).

En América Latina y en gran parte de países occidentales, las ECV se han convertido en una epidemia silenciosa, debido a la presencia simultánea de factores de riesgo como: el

síndrome metabólico, la hipertensión arterial, el colesterol alto, la diabetes, la obesidad, el tabaquismo, y el sedentarismo. En países latinos como Cuba, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en mujeres de 35 a 54 años, mucho más que las neoplasias malignas (6,7).

En México, la mortalidad en la mujer por ECV se presenta luego de la menopausia, siendo la primera causa de muerte en este género. En épocas anteriores se prestaba mucha más atención a los hombres, por los altos porcentajes de estas enfermedades en ellos, posteriormente se consideró que afectaba mucho más a las mujeres, lo que impulsó la investigación de estrategias para prevenir y controlar estas enfermedades. En Chile, la inactividad física está presente en el 92,9% de las mujeres, mientras que en hombres el 88,6 %. Considerándose la falta de actividad física, la obesidad, como los factores de riesgo más significativos de la mortalidad en este país, originando el 27% de diabetes, y casi el 30% de cardiopatías isquémicas (8,9).

En el Ecuador las cifras son alarmantes según el INEC (2014), el 48,32% de muertes por ECV corresponde a las mujeres. En la provincia de Tungurahua las estadísticas nos guían por la misma línea, las causas de mortalidad femenina son encabezadas por ECV, esta provincia se encuentra ubicada en la zona centro sierra del país, ha desarrollado en estos últimos 70 años un sistema de producción de tal extensión que el comercio formal e informal se desarrollan a pasos rápidos, valorando sobre manera, la inversión, la mano de obra, y sobre todo la capacidad de trabajo (10).

En la parroquia Izamba ubicada al norte de la ciudad de Ambato, hay una población total de 16712 habitantes, según la proyección para el 2018, de los cuales el 52% son mujeres y el resto corresponde a hombres, su actividad económica predominante es la agricultura, el cultivo de verduras y hortalizas para el comercio, siendo las mujeres las que se encuentran liderando estas actividades. En esta realidad la mujer representa muchas de las veces el sustento de toda su familia, y constituye el eje principal de su hogar y de la sociedad, despreocupándose en la mayoría de los casos de su estado de salud (11).

Aunque dentro de las posibles causas está la dedicación por entero al trabajo, la falta de acceso a los servicios de salud, la pobreza, el desconocimiento, la falta de tiempo, dando origen a pensamientos de bienestar, plenitud, o insatisfacción y conformismo de su estado de salud, que al final podrían llevar a limitaciones físicas y fallecimiento a edades

temprana. En los países desarrollados, la mujer que labora fuera de su hogar piensa que su estado de salud es mucho más placentero y saludable, en cambio las mujeres que pasan dentro del hogar además de presentar algún grado de sobrepeso u obesidad, no se sienten saludables (12,13).

Los avances en el cuidado de la salud y el tratamiento de las enfermedades han crecido de forma exponencial, antiguamente se creía que las mujeres tenían un menor riesgo de sufrir de enfermedad coronaria a edades tempranas, a comparación con los hombres, pero cuando esta se presentaba tenía un efecto mucho más letal que todos los cánceres juntos (14).

Cuando una mujer ha llegado a la menopausia, tiene un riesgo mayor de sufrir un ECV, de 2 a 6 veces más que las mujeres pre menopáusicas, debido a que las jóvenes son beneficiadas por los estrógenos, al producir una estabilización del endotelio, un aumento de la HDL (lipoproteína de alta densidad) y disminución de la LDL (lipoproteína de baja densidad), además hay mayor probabilidad de producir un aumento de la PCR (proteína C reactiva de alta sensibilidad), por consiguiente, de sufrir trombosis vascular. Cuando la mujer pasa la etapa de la menopausia, aproximadamente después de 10 años, los niveles de estrógeno disminuyen, provocando pérdida del tejido muscular, alteración del metabolismo de grasas y glucosa en el hígado y páncreas (15).

La mujer es la más afectada, a partir de la tercera década de vida, mucho más si está acompañada de factores de riesgo como; el sobrepeso, el síndrome metabólico y la obesidad, hay mucha más probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hiperlipidemias o alguna otra enfermedad cardiovascular (16).

El conocimiento que tiene la mujer de lo que afecta su salud, su percepción del entorno, podrían ser los ayudantes para la progresión de los factores de riesgo, no solo en ella sino intervendrán en todo el núcleo familiar. Además, a nivel de las poblaciones latinas, el cambio nutricional desde hace algunos años ha sufrido una inclinación hacia alimentos de consumo rápido y con alta carga energética, sumado a ello, una menor actividad física, generando entonces, mayores niveles de sobrepeso y obesidad, siendo los alimentos que ingieren cada vez más energéticos, con muchas calorías y poco aporte nutricional, apoyando de esta manera al desarrollo de ECV (17).

Es imperativo evidenciar el riesgo cardiovascular sobre la población femenina, para esto se han creado medidores de riesgo, que determinarán en un futuro la presencia o no de una ECV, por ejemplo: según la (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III) NCP-ATPIII, la obesidad central junto a: triglicéridos elevados, HDL baja, hipertensión arterial, glicemia en ayunas elevada o diabetes, son factores de riesgo predictivos, si una mujer presenta tres de estos cinco criterios, puede desarrollar ECV con mayor probabilidad, y es más específico que los criterios de la Federación Internacional de Diabetes (17,18).

La OMS ha validado el Índice de Masa Corporal (IMC), para valoración del grado de adiposidad desde 1998, y su intervención en la búsqueda de los factores de riesgo cardiovascular ha sido muy importante, existen otros medidores que son de fácil acceso como es el diámetro sagital abdominal, la circunferencia abdominal (CA) y cintura-altura (WHtR) independiente del sexo y edad. La CA y la WHtR son parámetros que miden el riesgo cardiovascular, ayudando a desarrollar estrategias de prevención y control de las ECV (19,5).

La mujer interviene directamente en la reducción de los riesgos cardiovasculares ya que actúa en el cambio del estilo de vida no sólo en sí misma, sino de toda la familia y comunidad en la que se desenvuelve, mientras más temprano se realice la intervención buscando estrategias para que la mujer tenga mayor conocimiento de su salud cardiovascular, más beneficioso será (7).

El nivel escolar incompleto, las diferentes etnias, la mujer como cabeza del hogar con múltiples responsabilidades, el bajo nivel socioeconómico, una edad avanzada, el consumo de tabaco a edades muy tempranas, la falta de alimentación saludable, la inactividad física, la presencia de obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome metabólico, la preeclampsia e hipertensión gestacional, el desconocimiento de que alguna de estas condiciones influye en el riesgo personal, son factores que podrían influir en el diferente pensar de la mujer frente a su salud cardiovascular (6,20).

Por lo tanto, es de interés investigar a la población femenina, su cosmovisión frente al problema de salud, el compromiso para mantener su bienestar físico, social y mental; el de su familia y su comunidad. Para orientarse en la identificación de los factores de riesgo para el desarrollo de las ECV, modificar esos factores de riesgo si los hubiera y sino, lograr

que más mujeres y a su vez sus familias, tengan una vida saludable, es decir, que no solo crean estar sanas, sino que realmente lo estén (5,13,21,22).

Análisis crítico

1.2.2. Prognosis

El presente proyecto de investigación busca determinar el conocimiento sobre riesgo cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba, lo cual, permite conocer el concepto de las personas de esta área el conocimiento del riesgo cardiovascular. Pudiendo prevenir problemas, riesgos o muerte dentro de la zona e incluso a nivel país respecto a esta problemática. Permitiendo en un futuro capacitar, mejorar las deficiencias encontradas y capacitar a la población en forma de prevención.

1.2.3. Formulación del problema

¿El conocimiento se relaciona con el riesgo cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia de Izamba?

1.2.4. Interrogantes

¿Cuál es la relevancia del conocimiento en las mujeres de 30 a 60 años referente a los riesgos cardiovasculares?

¿Cuál es el riesgo cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años?

¿Cuál es la relación del conocimiento y riesgo cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años?

1.2.5. Delimitación del objeto de investigación

Delimitación de contenido

CAMPO: Salud comunitaria

ÁREA: Comunitaria y familiar

ASPECTO: Conocimientos sobre riesgo cardiovascular

Delimitación espacial

La investigación se realizó en mujeres entre 30 a 60 años en la parroquia de Izamba.

Delimitación temporal

Periodo, agosto 2019 a diciembre 2020

1.3. Justificación

La presencia de enfermedades cardiovasculares, representa la primera causa de muerte a nivel mundial, con porcentajes altos en mujeres, estas estadísticas nos obligan a tomar medidas no solo a los gobiernos centrales, locales sino también a la comunidad y la familia, fortaleciendo las estrategias de prevención y concienciación, acerca de los riesgos que dan origen a estas patologías, con el fin de evitar la muerte de más mujeres, lo que provocaría una desestructuración del núcleo familiar por falta de un miembro importante que es la mujer.

Una de las estrategias ha sido, la formación de profesionales que se encargará no solo del usuario interno como cliente, sino, como un ser integral incluyendo todos los miembros de su familia y los determinantes que influyen en su salud. De esta manera se evitará muertes prematuras, el desarrollo de enfermedades que durarán el resto de la vida, que nuestra sociedad tenga el conocimiento sobre los riesgos que están afectando su salud.

Antiguamente se creía que las mujeres se enfermaban muy poco y las investigaciones en aquellas épocas estaban dirigidos al sexo masculino o población en general.

En países desarrollados existen estudios acerca del riesgo cardiovascular enfocado a las mujeres, se ha estudiado la percepción de estas en dichos países, en nuestro país no existen estudios que nos evidencian el pensamiento de la mujer, las creencias y la actitud frente a algún problema de salud, principalmente la salud cardiovascular.

La importancia de la percepción con respecto a la salud que hoy en día tiene la mujer, ya sea trabajadora, ama de casa, profesional, no profesional, joven, adulta, implica en nuestra sociedad un elemento de suma importancia para el ámbito en el que vivimos y nos desempeñamos.

La mujer indirectamente genera factores de riesgo o factores protectores dentro de su familia, por encargarse de la alimentación, de las actividades de los miembros de su familia, la tranquilidad de su hogar depende de ella. Esta es la razón por la cual se ha elegido a la mujer como motivo de estudio, siendo de interés determinar cuál es el punto de vista que tiene ésta con respecto a su propia salud cardiovascular. Qué es lo que implica la presencia de alguna de estas enfermedades en el medio en que vive, qué tan dispuesta estaría a generar algún cambio ya sea en su estilo de vida, en su ambiente, se evaluará

cuánto conocimiento acerca de estas enfermedades tiene, qué tan dispuesta estará para establecer un cambio de vida en beneficio de su salud, la de su familia y de su comunidad.

1.4.Objetivos

1.4.1. General

Determinar el conocimiento que tienen las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba acerca del riesgo cardiovascular.

1.4.2. Específicos

- Indagar sobre conocimiento en las mujeres de 30 a 60 años referente a los riesgos cardiovasculares
- Conocer el riesgo cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años.
- Relacionar el conocimiento con el riesgo cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos

La organización mundial de la salud al abordar sobre las ECV en su tema sobre prevención y control de enfermedades cardiovasculares, menciona que en los países de ingresos bajos y medios más del 80% de defunciones se deben a estas patologías. Una investigación en la universidad de Chile refiere que las ECV y el cáncer son enfermedades crónicas transmisibles culturalmente, además, las dos causas principales de mortalidad en el mundo. En estados unidos al ser graves causas de muerte lideran las estadísticas en lo que ha llevado a más de 17.7 millones de muertes al año, lo cual en Chile corresponde al 27.1% de fallecimientos (1,2,23).

Sobre las ECV se conoce muy poco ya que el problema es abordado como individual y no como un enfoque social, dejando de lado la sociogenética. En una investigación realizada por Allen y Fiegl han debatido sobre este tipo de enfermedades crónicas no transmisibles y se permita enfocarse como transmisión social y cultural para lo cual se analiza de forma global los factores de riesgo que provienen de partes antropogénicos y socialmente contagiosas, motivado por condiciones económicas, intergeneracionales y culturales. Christakis y Fowler refieren la relación entre la trasmisión de la obesidad por medio de los vínculos sociales, lo cual da gran importancia a las relaciones interpersonales y no las distancias geográficas en la integración y expansión sobre esta problemática, cosa que se puede repetir en enfermedades asociadas (2,24,25).

2.2. Fundamentación filosófica

Mediante la aplicación de una fundamentación axiológica se efectuará una interacción transformadora, en este sentido es necesario el aporte del conocimiento de un profesional de la salud, bajo la consideración de que las variables de estudio pertenecen a la atención de los problemas más comunes en la atención de salud pública, a su vez, se considera también que la población infantil es los más importante en la sociedad actual, lo cual conlleva a fortalecer una relación directa entre el estado de salud y el desarrollo mediante el aporte investigativo y científico e investigativo (26).

2.3.Fundamentación legal

Constitución de la República del Ecuador

Derechos del buen vivir, sección primera – agua y alimentación

Art. 12.- El derecho humano al agua es fundamental e irrenunciable. El agua constituye patrimonio nacional estratégico de uso público, inalienable, imprescriptible, inembargable y esencial para la vida (27).

Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales (27).

Derechos del buen vivir, sección tercera – comunicación e información

Art. 18.- Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a:

1. Buscar, recibir, intercambiar, producir y difundir información veraz, verificada, oportuna, contextualizada, plural, sin censura previa acerca de los hechos, acontecimientos y procesos de interés general, y con responsabilidad ulterior (27).

2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las privadas que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información (27).

Derechos del buen vivir, sección cuarta – cultura y ciencia

Art. 24.- Las personas tienen derecho a la recreación y al esparcimiento, a la práctica del deporte y al tiempo libre (27).

Art. 25.- Las personas tienen derecho a gozar de los beneficios y aplicaciones del progreso científico y de los saberes ancestrales (27).

Derechos del buen vivir, sección séptima – salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos derecho al agua, alimentación, educación, cultura física, recreación, trabajo, seguridad social, ambientes sanos, y otros que sustenten el Buen Vivir (27).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (27).

Art. 381.- El Estado protegerá, promoverá y coordinará la cultura física que comprende el deporte, la educación física y la recreación, como actividades que contribuyen a la salud, formación y desarrollo integral de las personas; impulsará el acceso masivo al deporte y a las actividades deportivas a nivel formativo, barrial y parroquial; auspiciar la preparación y participación de los deportistas en competencias nacionales e internacionales, que incluyen los juegos Olímpicos y Paraolímpicos; y fomentará la participación de personas con discapacidad. El estado garantizará los recursos y la infraestructura necesarios para estas actividades. Los recursos se sujetarán al control estatal, rendición de cuentas y deberán distribuirse de forma equitativa (27).

Ley Orgánica de Salud

Capítulo I - Del derecho a la salud y su protección

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético (28).

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional (28).

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano

inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (28).

Título I, Capítulo II – De la alimentación y nutrición

Art. 16.- El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. Esta política estará especialmente orientada a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micronutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios (28).

Título I, Capítulo VII – Del tabaco, bebidas alcohólicas, psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia

Art. 38.- Declárase como problema de salud pública al consumo de tabaco y al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, fuera del ámbito terapéutico. Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con otros organismos competentes, adoptar medidas para evitar el consumo del tabaco y de bebidas alcohólicas, en todas sus formas, así como dotar a la población de un ambiente saludable, para promover y apoyar el abandono de estos hábitos perjudiciales para la salud humana, individual y colectiva. Los servicios de salud ejecutarán acciones de atención integral dirigidas a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo del tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia, orientadas a su recuperación, rehabilitación y reinserción social (28).

Título I, Capítulo VII, Sección I – Del control del consumo de productos del tabaco

Art. 39.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura, las universidades, los gobiernos seccionales y la sociedad

civil, diseñará y ejecutará planes y programas de educación y prevención del consumo del tabaco y sus productos (28).

Título I, Capítulo VII, Sección II – Del control del consumo de productos del tabaco

Art. 46.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura, las universidades, los gobiernos seccionales y la sociedad civil, diseñará y ejecutará planes y programas de educación y prevención del consumo de bebidas alcohólicas (28).

Art. 49.- Los envases de bebidas alcohólicas, deben incluir de forma clara, visible y comprensible, la advertencia de su carácter nocivo para la salud; y, para la impresión de la advertencia, se seguirán las especificaciones previstas en el reglamento correspondiente (28).

Título II, Capítulo III – De las enfermedades no transmisibles

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónicas - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto (28).

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos (28).

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables (28).

Categorías fundamentales

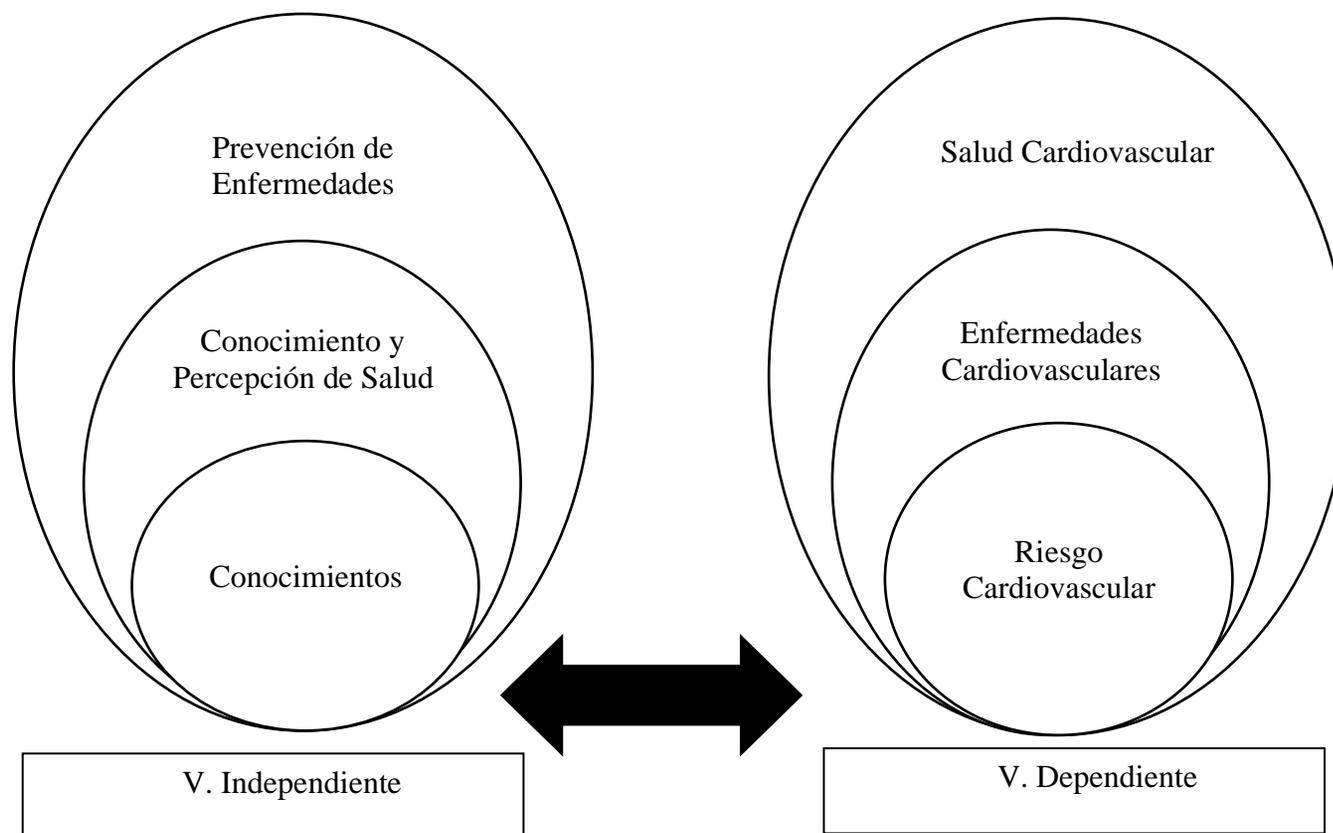


Gráfico N°1. Categorías fundamentales

Elaborado por: Cuenca (2020).

2.4.Desarrollo de las variables

2.4.1. Enfermedades Cardiovasculares

Se define a las enfermedades cardiovasculares como un conjunto de varias patologías que pueden aparecer en el humano en diferentes localizaciones del sistema circulatorio, pero todas ellas tienen una etiología en común, se caracterizan por la pérdida de elasticidad de las paredes vasculares, así como su engrosamiento y por consiguiente una disminución de la luz de los vasos afectados, originando un aumento de la presión de la sangre dentro de la arteria e incrementando la posibilidad de que dichas paredes por la presión elevada, por su fragilidad estructural, puedan romperse en cualquier sitio u órgano y generar catástrofes estructurales que terminan en la discapacidad o muerte del individuo (22,23).

Afectando al corazón y vasos sanguíneos, se las considera como enfermedades de la vejez, es más frecuente en los hombres ya que en las mujeres se presentan luego de la menopausia. Son conocidas como enfermedades silenciosas, por esta razón son mucho más peligrosas, la persona puede estar presentando no solo una sino algunas patologías en conjunto, sin saberlo y sin tomar ninguna precaución (29).

Un concepto clave que debemos manejar para entender a las ECV, es estar muy claros en el hecho de que la disminución de la luz vascular se debe a la formación de los ateromas, denominación que se da a las estructuras que se forman en el interior de los vasos sanguíneos arteriales (30).

Cardiopatía isquémica

Se considera como la principal causa de las enfermedades cardíacas, es originada por un desequilibrio entre la demanda y aporte de oxígeno en el miocardio, la causa más frecuente de esta es la presencia de aterosclerosis coronaria y de manera esporádica de hipertrofia ventricular. Los factores que predisponen el desarrollo de esta patología son: los antecedentes familiares, la diabetes mellitus, el sexo masculino, el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial, el consumo de tabaco, el hipercolesterolemia el HDL bajo, el LDL alto, y la postmenopausia (31).

La presencia de placas de ateroma afecta principalmente a la arteria aorta en su porción abdominal, se inicia con la presencia de estrías grasas que posteriormente aumentan de tamaño y se acumulan, hasta llegar a formar el trombo y a ocluir la totalidad de la luz arterial (31).

Angina de Pecho

Es la manifestación más común de la cardiopatía isquémica.

La angina estable, originada por ejercicio físico, cede con el reposo o con el uso de nitroglicerina, la característica del dolor es retroesternal, opresivo, se irradia hacia brazo izquierdo, el cuello y la mandíbula, conjuntamente se presenta náuseas, sudor frío y vómito, dura menos de 20 minutos (32).

La angina inestable aparece repentinamente con esfuerzos leves, el dolor es anginoso, inicia con el reposo, dura de 20 a 30 minutos, presenta características clínicas de progresión o complicación por la placa de ateroma, se presenta el angor postinfarto aproximadamente al mes del infarto anterior (33).

Existe otro tipo de angina más común en los jóvenes es la angina variante de Prinzmetal, de aparición brusca, en reposo, en la noche, originada por un espasmo coronario cercano a una placa de ateroma, es reversible con vasodilatadores (34).

Enfermedad Coronaria o Infarto Agudo de Miocardio (IAM)

Siendo las arterias coronarias las encargadas de irrigar el corazón, la estrechez de la luz de estas obviamente van a afectar la buena salud del tejido muscular cardíaco, este daño puede ser pequeño, determinado por disminución de la oxigenación de las células cardíacas; o puede el daño ser tan marcado que bloquea por completo la irrigación del miocardio, originando por consiguiente muerte celular y el inmediato infarto miocárdico. El infarto es producido por la ruptura de una placa inestable de lípidos, un trombo que cubre la luz de la arteria ya sea parcial o totalmente. Se caracteriza por dolor intenso, prolongado, aparece en reposo en la mañana al levantarse, no hay dolor torácico previo, pero suele presentarse a veces dolor en epigastrio, disnea o síncope, no cede con los nitratos sublinguales, es muy frecuente en ancianos y diabéticos (32).

Para diagnosticar el IAM debe existir; una elevación de las enzimas cardíacas de manera progresiva, conjuntamente uno de los siguientes criterios: dolor de origen isquémico, un ascenso o descenso de ST, la presencia de ondas Q nuevas en el ECG compatible con isquemia aguda, que haya tenido alguna cirugía coronaria (angioplastia) (32).

Tabla N°1. Clasificación de Killip del infarto agudo de miocardio.

I	NO INSUFICIENCIA CARDIACA
II	IC LEVE: CREPITANTES, 3R
III	EDEMA AGUDO DE PULMÓN
IV	SHOCK CARDIOGÉNICO

Fuente: Manual AMIR. Cardiología y Cirugía Cardiovascular (35)

Enfermedad cerebrovascular

Es el síndrome clínico en donde aparece de manera rápida un conjunto de signos y síntomas producto del daño cerebral el mismo que puede revertirse o quedar de manera permanente en la persona, todo a causa de la obstrucción de una arteria y el consecuente daño por delante de ella, entendido así podemos clasificar a las enfermedades cerebro vasculares como: isquémicas en un 80 %, originadas por la obstrucción de un vaso sanguíneo, debido a la formación de un trombo o placa de ateroma dentro de la luz arterial, al igual que pasaba en las coronarias, genera un daño temporal o permanente en las neuronas que se irrigan en este segmento de la arteria lacerada (36).

Enfermedad Arterial Periférica

Si la obstrucción afecta a las arterias que irrigan los miembros superiores o inferiores, vamos a tener la sintomatología de la enfermedad arterial periférica, caracterizada por ser paulatina a medida que progresa la enfermedad ocasionando daño arterial, los pacientes pueden presentarse asintomáticos, o presentar sintomatología como; pies y manos frías, ulceraciones hasta destrucción de tejido con la consiguiente necrosis y pérdida definitiva de tejido (37).

Cardiopatía Reumática

Es una enfermedad que se origina a partir de la fiebre reumática, como una consecuencia de la faringitis estreptocócica cuyo causante principal es el estreptococo beta hemolítico del grupo A, afecta a las válvulas cardíacas y el músculo cardíaco, ocasionando lesiones inflamatorias exudativas que proliferan en el tejido conectivo del corazón, articulaciones, sistema nervioso central, tejido celular subcutáneo, la artritis es la más frecuente de todas las afecciones en un 70%, la carditis el 50% seguida de la corea con el 15% y los nódulos subcutáneos que se presentan del 5 al 10% 32. Es más frecuente en los niños de 5 a 14 años, duplicándose la CR en las mujeres (38).

Valvulopatías

La causa más frecuente que origina esta patología es la fiebre reumática con excepción de la estenosis aórtica que es característica en la tercera edad por la degeneración de los tejidos, mientras que en los niños la causa más común es la estenosis pulmonar de origen congénito (39).

Estenosis mitral (EM)

Es la disminución del orificio de la válvula mitral, menor a 2 cm^2 , siendo lo normal de 4 a 6 cm^2 y de acuerdo con esto varía entre; leve de 1,5 a 2 cm^2 , moderada de 1(36) a 1,5 cm y severa menor de 1 cm, dos tercios de los casos son mujeres de 30 a 40 años, puede ser congénita o más común reumática (38).

Insuficiencia mitral (IM)

Es multi etiológica, es más frecuente en varones, en un tercio de los pacientes originada por cardiopatía reumática, suele existir ruptura de las cuerdas tendinosas, la dilatación del anillo secundaria a dilatación del ventrículo izquierdo, el prolapso valvular mitral. Este tipo de personas, permanecen asintomáticas de 10 a 20 años, la actividad física excesiva empeora la situación, por lo que en estas personas se recomienda una actividad leve o moderada dependiendo de la edad (40).

Estenosis Aórtica (EA)

De predominio en hombres también, se presenta con obstrucción ya sea; valvular, de origen congénito a medida que pasa el tiempo se estenosa y calcifica; supra valvular, también es de etiología congénita, subvalvular en la estenosis aórtica aislada o miocardiopatía hipertrófica. La válvula aórtica mide normalmente $2,5$ a $3,6 \text{ cm}^2$, cuando la estenosis es grave la superficie es menor a $0,5 \text{ cm}^2$ (36).

Insuficiencia Aórtica (IA)

Se presenta con más frecuencia en hombres, en mujeres junto con valvulopatía mitral. En esta patología existe prolapso valvular, dilatación del anillo aórtico, engrosamiento y retracción de las cúspides ocasionada generalmente por etiología reumática (38).

2.4.2. Epidemiología

En nuestro país de acuerdo con los datos del INEC. Un 30.79% de mujeres mueren a causa de enfermedades cardiovasculares. Dentro de todo el grupo de las ECV, la prevalencia de la enfermedad cerebrovascular bordea el 20 % (4).

2.4.3. Manifestaciones clínicas

Los síntomas inician más rápido en los hombres, mientras que en las mujeres se inicia 10 años después de la menopausia, puede presentarse malestar, cansancio, náuseas, algunas alteraciones cardíaca dependen del problema que en ese momento tiene como: falta de aire, síncope, diaforesis, disnea, cansancio, fatiga, edema en miembros inferiores, incremento del peso, pérdida de la movilidad de varias extremidades, dislalia, visión doble, o pérdida de la visión, parálisis facial, cefalea repentina, confusión, desorientación, mareos, vértigo, náuseas, vómito y pérdida del conocimiento (32,33).

2.4.4. Fisiopatología

Se produce una acumulación de células espumosas en la capa íntima de la arteria que progresan paulatinamente de acuerdo a los factores de riesgo y la edad, quienes junto a los componentes como los lípidos, células inflamatorias y musculares lisas, procesos químicos y mecanismos celulares, finalmente se forma el ateroma, este se puede ulcerar por la presencia de infecciones y procesos como hipertensión, para originar una agregación plaquetaria y una trombosis, obstruyendo la circulación de la sangre y el oxígeno. Este proceso provoca una necrosis de los tejidos, si se da a nivel de las arterias coronarias, provocará un IAM, esto en las arterias carótidas provoca infarto cerebral, si esto se da en las arterias de los miembros inferiores, provocará una trombosis venosa profunda, impidiendo la deambulacion (40).

La mujer y el hombre se diferencian mucho en su estructura anatómica y fisiológica, el corazón, de la mujer es más pequeño que el del hombre, el calibre de las arterias es más pequeño en la mujer y está cubierto por el endotelio, que captan moléculas, como los estrógenos mediante receptores específicos, estos estrógenos modulan el tono arterial la formación de aterosclerosis y de trombosis (41).

2.4.5. Factores de riesgo

Los factores de riesgo de ECV son todas las condiciones conductuales o biológicas, relacionadas con accidente cerebrovascular y enfermedad coronaria puede desarrollarse

con un solo riesgo, pero mientras más tenga mayor es la probabilidad de presentarla, los riesgos pueden ser no modificables como: sexo, herencias, edad y modificables como: el consumo de tabaco, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, colesterol, sedentarismo, el estrés, la presencia de ovarios poliquísticos, los estrógenos propios, los anticonceptivos orales, mientras más grande es el riesgo, más grande es la probabilidad de presentar una ECV, por el contrario interviene en la formación del ateroma (27,37).

Factores de riesgo modificables

Hipertensión Arterial

La presencia de hipertensión arterial duplica el riesgo de sufrir una ECV, incrementándose con la edad, depende de los sexos; en las mujeres pre- menopáusicas la presión arterial es más baja que en las climatéricas, esta se aumenta después de los 55 años, mucho más que los hombres. Provocando el engrosamiento del músculo ventricular izquierdo al necesitar más sangre y oxígeno para su funcionamiento, origina la formación de ateromas y la aterosclerosis. Decimos que existe hipertensión arterial cuando se cumple los criterios según la clasificación de la hipertensión arterial (tabla 2), y se le debe realizar una evaluación al inicio, guiándose en los criterios antes mencionados, pudiendo variar sus valores de acuerdo con la edad, actividad física, el sexo, etc (42).

Tabla N°2. Clasificación de la hipertensión arterial.

Estadio	Sistólica mmHg		Diastólica mmHg
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
HTA grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA grado 3	≥180	y/o	≥110
HTA sistólica aislada	≥140	y	<90

Fuente: ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension, 2018 (42).

Una correcta toma de la presión arterial es la forma ideal para detectar alteraciones de esta, se debe medir durante 3 ocasiones separadas 2 veces por varios minutos. Se debe realizar un cribado en la población, para de esta manera concienciar a acerca de la HTA, se lo debe hacer de la siguiente manera:

Tabla N°3. Cribado en la hipertensión arterial.

En personas sanas con valores de PA < 120/80 mmHg cada 5 años o menos.

En personas con PA 120-129/80- 84 mmHg, valores normales cada 3 años.

Las personas con PA 130-139/85-89 mmHg, normal-alta, la recomendación es medir cada año (41)

Fuente: ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension, 2018 (42).

Tabaquismo

El tabaquismo duplica el riesgo de muerte por ECV, se puede evitar, aunque existen un buen número de personas no lo saben. Ayuda a la formación de placas de ateromas, seguido del desarrollo de aterosclerosis, obstrucción vascular y trombosis, además, provoca disfunción del endotelio, la oxidación y la inflamación de las arterias, ocasionando espasmo arterial con disminución de la fibrinólisis. El humo del tabaco provoca riesgo en todas sus dimensiones, es decir, no depende del tipo de tabaco ni la cantidad, puede ser el tabaco light bajo en nicotina, pipa, puros, el fumador pasivo, etc. Sin embargo, el promover el abandono del tabaco, independientemente del sexo, edad, u otras circunstancias, reduce notablemente el riesgo CV, considerando el abandono cuando ha pasado por lo menos un año del último tabaco (43).

El momento en que la persona deja de fumar automáticamente mejora, regulando la respiración, disminuyendo el cansancio, reduciendo el deterioro de la función pulmonar, la tasa de reinfarcto y posteriormente de muerte súbita, además se mejora la piel, el gusto y olfato (44).

Dislipidemias

Presencia de lípidos en la sangre, el colesterol es una sustancia serosa y blanda que circula en el torrente sanguíneo, sus valores normales son < 200 mg/dl, varían de acuerdo con la región, la edad, la genética, el sexo, mientras más alto sea su valor, más alto es el riesgo de sufrir una enfermedad coronaria, el colesterol actúa en la síntesis de las hormonas sexuales, aportando energía al cuerpo. El colesterol circula en la sangre junto a las lipoproteínas de alta densidad (HDL) interviene en la protección sus valores normales deben ser > a 40 mg/dl, mientras más alto sea el HDL más baja será la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular o cerebrovascular, por otro lado, existe el colesterol que

está junto a las lipoproteínas de baja densidad. Los estrógenos aumentan el HDL en la sangre por tal razón después de la menopausia existe un mayor riesgo cardiovascular (45). Los triglicéridos son las grasas más comunes de nuestro cuerpo, sus niveles deben ser inferiores a 150 mg/dl. La determinación de colesterol HDL es un aporte a la presencia de RCV global, cuando una persona presenta hipercolesterolemia límite, el colesterol total varía entre 200 y 249 mg/dl, hipercolesterolemia definida mayor a 250 mg/dl, para el cribado se debe realizar un control del colesterol total y del HDL una vez en hombres antes de los 35 años, y en mujeres antes de los 45 años y cada 5 a 6 años hasta los 75 años (46).

Diabetes Mellitus

Las mujeres que padecen de diabetes mellitus o presentan niveles de glucosa alterados mayor de 125 mg/dl, tienen un riesgo de 3 a 5 veces más de sufrir alguna cardiopatía. Cuando la mujer premenopáusica es diabética, la protección que tiene por la presencia de estrógenos se anula solo el hecho de ser diabética así tenga sus niveles de azúcar normales ya representa un riesgo elevado, la guía del MSP recomienda realizar el score UKPDS para conocer el riesgo cardiovascular siendo adaptable en la población ecuatoriana ya que está incluida a etnia (42,44).

De todos los cribados la glucemia basal es más eficaz y fiable, se debe realizar entre los 40 y 70 años, en personas con antecedentes de HTA, dislipidemias, antecedentes de diabetes gestacional, se debe repetir al menos cada 3 años. Para el diagnóstico de diabetes se usará la guía del Ministerio de Salud Pública, en el diagnóstico de prediabetes (43,44).

Tabla N°4. Criterios diagnósticos para prediabetes

Glucosa alterada en ayunas: glucemia en ayunas entre 100 mg/dL (5.6 mmol/L) a 125 mg/dL (6.9 mmol/L) o,

Intolerancia oral a la glucosa: glucemia post carga oral con 75 gramos de glucosa anhidra, entre 140 mg/dL (7.8 mmol/L) a 199 mg/dL (11.0 mmol/L) a las dos horas o,

HbA1c entre 5.7-6.4 %.

Fuente: MSP guía de práctica clínica 2017 (47).

Y para el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, se han establecido los siguientes criterios de acuerdo con las guías de práctica clínica del MSP 2017.

Tabla N°5. Criterios diagnósticos para diabetes tipo 2

Glucemia en ayunas \geq 126 mg/dL, confirmada en una segunda prueba. o

Glucemia $>$ 200 mg/dL dos horas después de una carga de 75 gr. de glucosa, (PTOG). o

Síntomas clínicos de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que \geq 200 mg/dL. Los síntomas clásicos de la diabetes incluyen **polidipsia**, poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.

Una HbA1c \geq a 6,5 %.

Fuente: MSP guía de práctica clínica 2017 (47)

Obesidad

Una persona es obesa si su IMC es decir cuando su peso en kg está dividido por el resultado de la talla al cuadrado, y este valor supera 30 kg, se considera sobrepeso si la persona sobrepasa los 25 kg. Cuando la persona tiene una obesidad central o abdominal existe mayor riesgo, esta es medida desde el borde inferior de la última costilla y la cresta iliaca, si el valor supera 88 cm en las mujeres y 102 cm en los hombres estaremos frente a una obesidad abdominal. Muchas de las veces la obesidad está en relación con el síndrome metabólico que es el incremento de la presión arterial y alteración del metabolismo de las grasas (48).

Sedentarismo o inactividad física

La OMS cree que existe un gran porcentaje superior al 60% de la población que no realizan actividad física, siendo superior en la mujer, convirtiéndose en una de las causas que originan discapacidad y muerte, realizar ejercicio de manera regular no solo quema calorías sino controla los valores de colesterol y triglicéridos, controla el peso, disminuye la presión arterial y la diabetes. Cuando una persona quema de 500 a 3.500 calorías a la semana, incrementa su expectativa de vida, al fortalecer el músculo cardíaco, haciendo más flexibles las arterias. Inclusive incrementando poco la actividad física de manera regular reduce el riesgo cardiovascular significativamente (49).

Estrés

Es uno de los factores de riesgo para ECV demostrado, por la estresante calidad de vida que adoptan los seres humanos hoy en día, provocando alteraciones del sistema nervioso y sanguíneo que al final terminaran provocando que el cuerpo actúe deficientemente (50).

Anticonceptivos

El uso de anticonceptivos incrementa el riesgo de sufrir enfermedad coronaria, sobre todo en mujeres mayores de 35 años y además fumadoras, se incrementa el riesgo de HTA, y de desarrollar trombosis venosa, sin embargo, a pesar de los riesgos las mujeres con enfermedades crónicas deben usar algún método anticonceptivo para de esta manera evitar un embarazo que incrementa mucho más el riesgo en esa mujer (51).

Perímetro abdominal

Es diagnosticado por la medición del perímetro de cintura que debe ser para hombres hasta 102 cm y en mujeres de 88 cm, es más sencilla, económica y precisa, la medición se realiza a todos los pacientes que presenten sobrepeso u obesidad. Esta medida antropométrica nos servirá para medir el grado de obesidad y se lo toma por arriba de las crestas ilíacas en una línea imaginaria que cruza a nivel de región umbilical (48,52).

Alimentación

La alimentación es una de las condiciones básicas para el desarrollo de ECV, el alto consumo de alimentos occidentales, (como lácteos ricos en grasas, carnes procesadas, granos refinados, dulces bebidas azucaradas, comida rápida), para ello se han implementado algunas dietas que se han modificado con el pasar de los años como es la dieta Mediterránea determinado por el consumo elevado de cereales, hortalizas, pescado, verduras, legumbres, patatas cocidas, fruta, aceitunas aceites de oliva como fuente principal de grasa, y una baja ingesta de zumos, bajo consumo de carnes y grasas saturadas (53).

Alcoholismo

El consumo de alcohol y tabaco en la población en general desencadenan un factor de riesgo altísimo y sobre todo en mujeres, los expertos creen que se debe al cambio de roles y la superación por parte de las mujeres en todos los ámbitos. En las mujeres, tiene una fisiología diferente al alcohol ya que su organismo lo absorbe más rápido y lo metaboliza de manera más lenta, esto se debe a la mayor cantidad de tejido graso, la menor porción de sangre y agua y la poca presencia de enzimas metabolizantes, ocasionado un incremento en la concentración sanguínea en comparación con el mismo consumo en los hombres (1).

Factores de riesgo no modificables

Herencia

Si existe un factor hereditario, cuando los padres o hermanos padecieron de un problema cardíaco antes de 55 años, el riesgo de presentar una ECV se incrementa, por ejemplo, los negros sufren de hipertensión grave, con más riesgo que los blancos (54).

Edad

Entre más edad tiene la persona, mayor es el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón, por el endurecimiento de las arterias, aumento de la pared del corazón, el riesgo de presentar un accidente cerebrovascular a partir de los 55 años es el doble cada 10 años (18).

Etnia

Estudios realizados en años anteriores nos demuestran que los riesgos de ECV afectan mayoritariamente a mujeres de cualquier etnia excepto la blanca que es afectada en una menor proporción se atribuye al nivel socioeconómico y educativo bajo (55).

Sexo

En el sexo masculino existe un mayor riesgo de presentar una en ECV, en las mujeres existe una protección por parte de los estrógenos y demás hormonas femeninas en la premenopausia, ayudando en la protección del corazón, una vez que ha pasado la menopausia, es decir luego de los 65 años el riesgo de un ataque cardíaco es similar que en los hombres (18).

Menopausia

Después de la menopausia el riesgo de presentar enfermedad cardiovascular se incrementa, esto puede deberse a la deficiencia de estrógeno, quienes tienen múltiples mecanismos denominados protectores como son: la inhibición del vasoespasmo, coronario, la vasodilatación en la que interviene el óxido nítrico, la menor resistencia vascular, el aumento del débito cardíaco, la inhibición del vasoespasmo, además, en esta etapa de la vida de la mujer se producen importantes cambios hormonales, físicos y reproductivos en la mujer (56).

Para que sea considerada la menopausia como un riesgo cardiovascular, tiene que estar acompañado de otros factores como son: la obesidad, la diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemias, incremento del peso, sensibilidad a la insulina, el sedentarismo, aportan en los cambios producidos en el endotelio y por ende al desarrollo de ECV, esto se explica por el incremento de fibrinógeno y de la homocisteína. Después de varios estudios se ha demostrado que la Terapia Hormonal de la Menopausia (THM), se asocia a incremento de riesgo cardiovascular en las mujeres pasados los 60 años, mientras que en mujeres más jóvenes se convierte en un factor protector (57).

Estrógenos

Las ECV son la primera causa de muerte en mujeres mayores de 50 años, atribuido a la reducción de estrógenos durante y posterior a la menopausia 55. Los estrógenos son hormonas femeninas, actúan en el organismo incrementando los niveles de colesterol HDL, encontrado en las mujeres premenopáusicas (58).

2.4.6. Percepción de la salud

La OMS dice, “la salud es un estado de completo bienestar ya sea físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades o afecciones”, incluyen 3 aspectos que son; objetivo, primer concepto de enfermedad, se considera a la salud como ausencia de enfermedad, se refiere a la funcionalidad e integralidad orgánica, adaptativo, relacionado con la capacidad que tiene el individuo de integrarse en el aspecto bio-psico-social, y el aspecto subjetivo que incluye a las creencias de enfermedad, de dolencia, “creen sentirse” de acuerdo a la cultura a la cual pertenecen y la percepción la salud, el creer sentir bienestar (51).

La información que recibimos a través de los sentidos nos permite representar a la percepción como un proceso cognitivo de la realidad del medio en el cual vivimos, considerando a la salud del individuo desde varios sectores, el fisiológico, el social, la personalidad, el estado civil y el bienestar psicológico, en todo este panorama se han realizado varias encuestas demostrando que las mujeres perciben de peor manera a la salud con respecto a los hombres, además que a medida que pasa la edad se piensa de manera más negativa en la salud (59).

La definición de percepción está basada en tres contextos:

El médico asistencial, se refiere a la presencia de síntomas físicos, químicos de la enfermedad, considerando a la salud simplemente como falta de enfermedad. El cultural, incluye a las personas que se sienten enfermas o creen sentirse así, de acuerdo con la cultura que tengan, y se basa en la dolencia. El sociológico, se considera a la salud de cada persona como el poder desarrollar sus roles sociales. El económico y político, se relaciona con el salario percibido, los bienes económicos, la demanda de los precios, en el aspecto político está la seguridad, la libertad y la estabilidad política. El filosófico y antropológica, la salud se entiende como un estilo de vida autónomo y responsable. Ideal y utópico, se refiere a las ideas de felicidad (60).

La percepción no sería posible si no existiese un nivel de conocimiento acerca del tema en cuestión, la ciencia cognitiva busca explicar la percepción. En la teoría psicológica es la descripción del funcionamiento de los sentidos junto con el sistema nervioso central, al utilizar la estimulación ambiental tanto distal como proximal (61).

2.4.7. Prevención cardiovascular

La presencia de ECV son las causas que están en primer lugar para el desarrollo de muerte prematura y discapacidades en todo el mundo, al mismo tiempo para los países en vías de desarrollo como el nuestro, representa un costo muy alto y muchos no alcanzan a cubrir. Las estrategias de prevención son las actividades, acciones que están frente a la persona y la comunidad, teniendo como fin reducir el impacto negativo, las posibles complicaciones incapacitantes que ocasionarán a esa familia, cambiando el estilo de vida, impulsando a la población a tener unos hábitos de vida saludables (37,56).

La prevención debe estar dirigida a la población en general, pero sobre todo a las personas que tengan sobrepeso u obesidad, en quienes se espera bajar entre el 5% al 10% de peso. Cambio de los hábitos de vida, actividad física 150 minutos a la semana y de forma regular, esperar un lapso de 6 meses en menores de 60 años, si no se ve reducción del IMC mayor 35 la intervención se deberá realizar en mujeres que presentaron Diabetes Mellitus Gestacional, persistencia a la prediabetes (20).

Ha sido demostrado que, cambiando los factores de riesgo, habrá una disminución de la morbimortalidad. Todas estas actividades intervendrán en la familia deberá ser sostenida de manera oportuna, en las personas donde el riesgo es elevado. El conocer los riesgos, el

identificarlos a tiempo podría ser la diferencia entre la vida y la morbimortalidad de nuestra sociedad (62).

Las intervenciones para controlar y prevenir las ECV han sido identificadas por la OMS, de dos tipos individuales: previniendo los accidentes cerebrovasculares y los ataques al corazón, controlando los factores de riesgo, y en la prevención secundaria con la necesidad de incrementar el tratamiento con estatinas, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, betabloqueantes, ácido acetilsalicílico; los poblacionales: aplicando impuestos para disminuir la ingesta de alimentos con alto contenido de sal, azúcar y grasa; las políticas y estrategias para reducir el consumo del tabaco y alcohol; la construcción de ciclovías con la finalidad de incrementar la actividad física; la estandarización en bares escolares las comidas saludables, si estas estrategias se cumplieran se estaría previniendo el 75% de episodios cardiovasculares periódicos (37).

2.5.Hipótesis

Hipótesis nula (Ho): El conocimiento se relacionan con el riesgo cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia de Izamba

Hipótesis alternativa (H1): El conocimiento no se relacionan con el riesgo cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia de Izamba

2.6.Señalamiento de las variables

Variable independiente: Conocimientos

Variable dependiente: Riesgo Cardiovascular

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1.Modalidad básica de la investigación

La investigación se realizó bajo un enfoque cualitativo, se trabajó de manera subjetiva, compuesta y dinámica en base al contexto de la investigación. Este enfoque brinda la posibilidad de efectuar un análisis reflexivo y a profundidad en función a las realidades que se pretende estudiar (26).

Se utilizó la modalidad de campo, en relación a que se busca conocer y analizar el estudio en el lugar donde se generó el problema de investigación, en este contexto se trabajó en la parroquia Izamba del cantón Ambato, en tal función, la investigación se desarrolla mediante una visita médica a los domicilios de la población. Se cuenta también con una modalidad bibliográfica, considerando que es un proceso de investigación sistemático, direccionando hacia una estrategia operacional mediante el método de reflexión y observación centrándose en la realidad de contextos similares (26,63).

3.2.Nivel o tipo de investigación

Esta investigación es fenomenológica su propósito principal es explorar, describir y comprender las experiencias de las personas sobre un fenómeno y conocer los elementos en común entre ellas. Por ende, primero se centra en conexión o sucesión de eventos y en segunda instancia se centra en la experiencia compartida (26).

Se realizó un procedimiento elemental de la fenomenología que incluye los siguientes pasos: a) determinar un fenómeno o problema de investigación, b) recoger datos sobre las experiencias de diversos usuarios, c) analizar comportamientos y narrativas de las personas para conocer el panorama de las experiencias, d) identificar las unidades de significado y generar categorías, temas y patrones, detectando citas o unidades claves, e) generar una descripción genérica de las experiencias y estructuras y f) describir de forma narrativa la combinación de las descripciones y la estructura para transmitir la esencia de la experiencia en cuanto el fenómeno de estudio y las apreciaciones, valoración u opiniones al respecto. Categorías esenciales o comunes de las narrativas, frecuencia, categorías diferentes y frecuencia (26).

3.3.Población y muestra

La población con la cual se trabajó fueron mujeres de 30 a 60 años de la parroquia de Izamba, para la elección del tamaño de la muestra en la investigación cualitativa será elegido según los principios orientados a la selección de participantes:

- Pertinencia: mayor y mejor información que puedan aportar los participantes
- Adecuación: datos suficientes Principio de Saturación
- Convivencia: mejor información en menor tiempo
- Oportunidad: momento justo un lugar preciso para la selección de ese participante.

En la investigación cualitativa la muestra que nos proporcionará los datos de lo que queremos reflejar, el pensamiento, la realidad y los distintos puntos de vista de los participantes, nos apoyaremos en los informantes claves, es decir personas lúcidas, reflexivas, por lo tanto la muestra será pequeña, pero esto no quiere decir que no sea relevante, para la elección del tamaño de la muestra se basará en “el principio de saturación de datos”, es decir que no existen criterios ni reglas establecidas, dependerá de la necesidad de la información, hasta que ya comience a ser redundante y no se obtenga nueva información (64).

En la selección de la muestra se tomó en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Mujeres entre 30 y 60 años, que pertenezcan a la parroquia Izamba, que previamente hayan aceptado y firmado el consentimiento informado (65).

Criterios de exclusión

Incluye a las mujeres con enfermedades cardiovasculares previas, que hayan tenido a su cuidado personas con enfermedades cardiovasculares, mujeres que tengan alguna alteración mental, que tengan problemas de dislalia, disartria o alguna patología que no les permita hacerse entender verbalmente, deficiencias auditivas sin audífono, por la dificultad que existirá en la comprensión de las preguntas.

3.4.Operacionalización de variables

Tabla N°6. Variable dependiente: conocimientos

Variable	Dimensión	Ítems	Indicador	Instrumento
- Conocimiento es información adquirida por medio de forma empírica o por educación respecto a un tema en específico.	-Percepción en salud -Estado nutricional - Enfermedades	- ¿Qué piensa de su salud? - ¿Alguna vez le diagnosticaron alguna enfermedad cual es, y porque cree que la adquirió? - ¿Qué opina de su peso? - ¿Cree que debería bajar de peso? - ¿Conoce algo acerca de la diabetes? - ¿Cree que puede hacer algo para evitar adquirir alguna de estas enfermedades?	-Forma de ver -Información adquirida	-Entrevista Semiestructurada

Elaborado por: Cuenca (2020).

Tabla N°7. Variable independiente: riesgo cardiovascular

Variable	Dimensión	Ítems	Indicador	Instrumento
Riesgo cardiovascular	-	- ¿Qué es lo que más consume?	-Probabilidad de	-Entrevista
- Es la probabilidad de que una persona adquiera una enfermedad cardiovascular	Alimentación -Actividad física	- ¿Cuál es su consumo de azúcares diario? - ¿Sabe cuáles son las grasas? - ¿Realiza alguna actividad física? - ¿En un día normal cuánto camina? - ¿Cómo es su trabajo, camina, se mueve mucho, pasa sentada, parada, etc.?	enfermar	Semiestructurada

Elaborado por: Cuenca (2020).

3.5. Plan de recolección de información

Los datos de esta investigación fueron procesados por medio del Excel Microsoft Office y Atlas ti, permitiendo analizar de forma adecuada la información obtenida a partir creando campos específicos para cada variable de estudio.

Técnicas e instrumentos

- Medidas de los Datos Antropométricos

Es una técnica que se enfoca en estudiar las medidas y dimensiones del cuerpo considerando el crecimiento y el desarrollo biológico de cada persona. Permitiendo conocer los niveles de nutrición en la persona sea que exista, desnutrición, normalidad, sobrepeso u obesidad. Esto por medio de las medidas antropométricas que analizan peso, talla y perímetros corporales (66,67).

- Entrevista Semiestructurada

Es una herramienta utilizada para registrar información de los pacientes de forma específica bajo un conversatorio médico – paciente. Esta se desarrolla en un espacio organizado, pretendiendo acceder a aspectos específicos de la vida cotidiana de una persona para de esta forma obtener la información pertinente y necesaria (68).

Validez y confiabilidad

La entrevista instaurada como instrumento de investigación cuando Sócrates introdujo el método mayéutico a modo de enseñanza y conocimiento. En el ámbito médico fue Hipócrates quien instauró la entrevista como herramienta de diagnóstico y recolección de información. En la actualidad, es utilizada de varias formas y en diferentes áreas de estudio como, medicina, psicología, periodismo, entre otras. La entrevista semiestructurada busca conocer antecedentes específicos de las personas y presenta flexibilidad al momento en el que se desarrolla para hacer otras preguntas. Debido a esto el especialista o interesado en la aplicación de este instrumento crea un secuencia de preguntas objetivas dirigidas al objetivo de estudio y puede agregarse o eliminar preguntas según el caso (68,69).

3.6. Plan de procesamiento de la información

Los datos fueron tomados por el autor en la zona de Izamba

Tabla N°8. Pasos seguidos de forma esquemática.

-
- Redacción del protocolo para permisos éticos.
 - Presentación de protocolo para permisos éticos.
 - Permisos administrativos.
 - Socialización a las autoridades del distrito 18D01.
 - Análisis y selección de las pacientes.
 - Recolección de la información (llenado de la ficha de filiación y entrevista).
 - Transcripción de las entrevistas.
-

Elaborado por: Cuenca (2020).

3.7.Estrategia de levantamiento de información

Esta investigación fue realizada en la parroquia Izamba, una población urbano – rural del cantón Ambato, provincia de Tungurahua. En una superficie de 29.7 Km² a 2550 msnm, limitando con Cunchibamba, Atahualpa, el río Ambato y la parroquia La Península, con una temperatura que oscila entre los 10 a 16°, esta consta de 17321 habitantes en la que la mayor parte de su población se dedica principalmente a la agricultura, comercio de legumbres y hortalizas, además el 99% de la población cuentan con todos los servicios básicos. Esta área tiene a su disposición un Centro de Salud del MSP, el hospital oncológico de SOLCA, una clínica de especialidades CREVITAL, que se encuentran a 6km del Hospital Regional de Ambato además tiene transporte de dos cooperativas de buses: Tungurahua y Jerpazol, a pesar de esto algunos barrios lejanos no tienen acceso a transporte público.

En consideración a toda la zona se hicieron las entrevistas semiestructuradas, visitando los hogares o lugar donde exista privacidad total de cada persona que cumplía con los criterios de inclusión. El proyecto de investigación empezó en agosto del 2019, se presentó toda la documentación pertinente para iniciar. Posterior a esto se socializó con las autoridades del distrito 18D01 para analizar y seleccionar a los pacientes, que fueron informantes clave, se recogió la información en los lugares establecidos. Por último, se tomó la información adecuada para el desarrollo metodológico.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

4.1. Análisis e interpretación

En el presente proyecto se hizo un análisis de la entrevista semiestructurada para determinar el conocimiento que tienen las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba acerca de los factores de riesgo cardiovascular.

4.1.1. Características de la población

La aplicación del instrumento mencionado se realizó con una muestra de 25 mujeres entre 30 a 60 años que cumplieron con los requerimientos para ser parte de la investigación.

Tabla N°9. Nivel de educación de las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba

Edad (años)	Primaria/%	Básica	Secundaria Incompleta/%	Bachiller/%	Superior/%
30-39	0/0	0/0	3/12	3/12	4/16
40-49	1/4	1/4	1/4	1/4	5/20
50-59	0/0	0/0	0/0	4/16	2/8
Total	1/4	1/4	4/16	8/32	11/44

Elaborado por: Cuenca (2020).

Análisis e interpretación

Determinamos que del total de mujeres estudiadas el 44 % tienen nivel superior, bachilleres el 32%, y tanto primaria como básica y secundaria incompleta corresponden al menor porcentaje, la edad no varía al nivel de instrucción lo que implica que tienen un conocimiento básico adecuado para generar su autocuidado y el de su familia. Como lo dice la UNESCO, “Para llevar una vida productiva y saludable cada individuo debe poseer los conocimientos necesarios para la prevención de enfermedades y patologías”, demostrando un nivel alto de educación por parte de madres provoca incremento en las estadísticas de vacunación, nutrición, con reducción de las cifras de contagios por VIH y muerte materno-infantil (70).

Tabla N°10. Estado civil de las mujeres de la parroquia Izamba

Edad	Casada/Unión libre/%	Separada/Divorciada/%	Soltera/%
30-39	9/36	1/4	0/0
40-49	8/32	0/0	1/4
50-59	3/12	2/8	1/4
Total	20/80	3/12	2/8

Elaborado por: Cuenca (2020).

Análisis e interpretación

El 80 % de mujeres entrevistadas son casadas o viven en unión libre, lo que implica dedicar tiempo a su hogar, a la familia y a sí misma. La Asociación Americana del Corazón (American Heart Association), indica que, de acuerdo a los estudios realizados no se sabe a ciencia cierta cuál es la causa de que los pacientes que son casados reaccionan de mejor manera a un evento cardiovascular, desarrollando un mayor riesgo de mortalidad en los pacientes solteros, lo que está relacionado con las mujeres del presente artículo que la mayoría son casadas o viven en unión libre, por lo tanto, responderán bien ante un evento cardiovascular (71).

Tabla N°11. Ocupación de las mujeres de la parroquia Izamba

Edad	Ama de casa/%	Oficinas/%	Salud/%	Comercio/%	Agricultura/%	Docente/%
30-39	5/20	1/4	1/4	2/8	0/0	1/4
40-49	2/8	2/8	1/4	2/8	1/4	1/4
50-59	2/8	0/0	2/8	1/4	1/4	0/0
Total	9/36	3/12	4/16	5/20	2/8	2/8

Elaborado por: Cuenca (2020).

Análisis e interpretación

En la variable ocupación encontramos que el 36% es decir la mayoría, se dedican a las tareas del hogar, 20% al comercio, seguido del 16% trabajan en sistemas de salud y el 12% a trabajos de oficina. Los trabajadores de salud y docencia dejan poco tiempo para pensar en el autocuidado e incrementa las patologías sobre todo de origen emocional ocasionando ansiedad, depresión y estrés, siendo predictores de riesgo cardiovascular, por el contrario en estudios en España que la labor doméstica implica que la mujer esté más pendiente del cuidado de la familia, y si se alimenta de manera saludable hay mayor probabilidad que la familia también lo hará (12).

Tabla 12. Lugar de residencia de las mujeres de la parroquia Izamba

Edad	Urbana/%	Rural/%
30-39	6/24	4/16
40-49	6/24	3/12
50-59	4/16	2/8
Total	16/64	9/36

Elaborado por: Cuenca (2020).

Análisis e interpretación

Las mujeres entrevistadas en su mayoría es decir el 64% vive en el sector urbano, donde tienen menor movilidad, pero mayor interrelación social, lo cual influye en los cambios en los estilos de vida ya sea para incrementar o disminuir los factores de riesgo cardiovascular. Querales y col., en una investigación realizada en Tinaquillo, Venezuela sobre el riesgo cardiovascular encontraron una variación en la presencia de factores de riesgo tanto en el sector urbano como el rural, lo que nos da a entender que faltan estudios acerca del tema en esta población. Los estudios no nos indican incremento de riesgo (72).

Tabla N°13. Condición de estar en fase de climaterio en las mujeres de la parroquia Izamba según su edad.

Edad	Si/%	No/%
30-39	1/4	9/36
40-49	1/4	8/32
50-59	4/16	2/8
Total	6/24	19/76

Elaborado por: Cuenca (2020).

Análisis e interpretación

Por razones fisiológicas en el grupo mayor de 50 años, existe el doble de personas en fase de climaterio, pero en relación con todas las entrevistadas son minoría, correspondiendo al 76%, lo que puede inferirse que, en este grupo de menopáusicas, encontraremos en mayor proporción los problemas cardiovasculares, mientras que en grupo joven que aún no presenta climaterio y corresponde al 24%, es donde se debe trabajar en promoción y prevención de los riesgos cardiovasculares. Antonio y col., mencionan que en los grupos de mujeres entre 40 y 60 años presentan riesgos cardiovasculares con predominio de la obesidad, el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares se incrementa a medida que pasan los años, sobre todo después de presentarse la etapa del climaterio (73).

Tabla N° 14. Uso de anticonceptivos en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba

Edad	No usa/%	Preservativo/%	Inyectable/%	Implante subdérmico/%	Ligadura/%
30-39	3/16	1/5	1/5	1/5	3/16
40-49	5/26	0/0	0/0	0/0	3/16
50-59	2/11	0/0	0/0	0/0	0/0
Total	10/53	1/5	1/5	1/5	6/32

Elaborado por: Cuenca (2020).

Análisis e interpretación

En el análisis del uso de métodos anticonceptivos en base a la edad, se identifica que el 38% de la población usa algún método anticonceptivo mujeres de entre 30 a 39 años, por otro lado, el 53% no usa anticonceptivos en la totalidad de la población. La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva en la guía práctica para profesionales de la salud registra que el uso de anticoncepción en las mujeres actúa como factor protector de las enfermedades cardiovasculares por dinámica poblacional, esto debido a los componentes constante en el cuerpo, lo cual previene estos problemas de salud (51).

Tabla N°15. Estado nutricional de las mujeres de la parroquia Izamba

Edad	Normal/%	Sobrepeso/%	Obesidad I/%	Obesidad II/%	Obesidad III/%
30-39	5/26	3/28	1/5	1/5	0/0
40-49	3/16	0/0	5/38	0/0	1/5
50-59	1/5	3/38	0/0	0/0	0/0
Total	9/47	6/66	8/76	1/5	1/5

Elaborado por: Cuenca (2020).

Análisis e interpretación

La evaluación del estado nutricional se lo realizó mediante el índice de masa corporal (IMC), el estudio se realizó, primeramente, con peso normal se encuentra el 47%, con obesidad grado I el 76% y con sobrepeso se encuentra el 66%, a pesar de los resultados obtenidos existen representaciones mínimas de obesidad grado II y grado III. La Organización Mundial de la Salud menciona que el sobrepeso es uno de los factores de riesgo para diversas dificultades de salud entre esas las enfermedades cardiovasculares, a más de estas vinculado con el sedentarismos y problemas nutricionales (74).

Tabla N°16. Realización de ejercicio físico en las mujeres de la parroquia Izamba

Edad	Climatéricas		No Climatéricas	
	No/%	Si/%	No/%	Si/%
30-39	1/17	0/0	6/32	3/16
40-49	0/0	1/17	6/32	2/11
50-59	4/67	0/0	2/11	0/0
Total	5/83	1/17	14/74	5/26

Elaborado por: Cuenca (2020).

Análisis e interpretación

Al considerar la situación de realizar ejercicio físico tanto en mujeres no climatéricas (74%) como climatéricas (83%) no presentan registros de realizar algún tipo de ejercicio físico, es necesario mencionar que las mujeres de menor edad realizan más actividad física que las de mayor edad, posiblemente porque hay un deseo por parte las mujeres jóvenes en mantener su cuerpo adecuado. Según Ekta, el incremento del peso es muy frecuente en las mujeres maduras y sobre todo las que ya han llegado al climaterio, las mujeres comprendidas entre los 40 a 59 años los dos tercios de estas tienen sobrepeso y es debido a la transición en la etapa climatérica (75).

Tabla N°17. Antecedente de enfermedades familiares en las mujeres de la parroquia Izamba

Edad	Si/%	No/%
30-39	2/8	8/32
40-49	4/16	5/20
50-59	3/12	3/12
Total	9/36	16/64

Elaborado por: Cuenca (2020).

Análisis e interpretación

Existe un pequeño porcentaje de mujeres de todo el estudio que, si tienen antecedentes familiares de enfermedades crónicas, esto corresponde al 36%, pero la mayoría no tiene antecedentes es decir el 64 %. En la población más joven encontramos más antecedentes que el resto de los grupos, a lo mejor porque actualmente hay mayor accesibilidad a los medios de atención y diagnóstico que hace 30 años. Brotons et al. mencionan que hay predisposición en las personas con antecedentes familiares con enfermedades cardiovasculares, además, debe haber también otros factores para que se manifieste (62).

Tabla N°18. Hábitos tóxicos en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba

Edad	Alcohol/%	Tabaco/%	Drogas/%
30-39	3/16	1/5	0/0
40-49	2/11	1/5	0/0
50-59	1/17	1/17	0/0
Total	6/43	3/28	0/0

Elaborado por: Cuenca (2020).

Análisis e interpretación

Las mujeres más jóvenes entre los 30 y 39 años son las que más hábitos tóxicos tienen, con el 16%, aunque el mayor porcentaje de la población en general se centra en el consumo de alcohol con el 43%, seguido del tabaco con el 28 %. Según Cuervo, refiere que el consumo moderado de alcohol reduce el riesgo de desarrollar patología coronaria y mortalidad a causa en las mujeres, la reducción del riesgo es del 50%, pero también el consumo excesivo de alcohol incrementa el riesgo de desarrollar Hipertensión arterial. El mismo autor refiere el consumo de tabaco es una de las causas principales de mortalidad de enfermedades cardiovasculares, y al suspender este hábito reduce radicalmente el riesgo (76).

4.2. Datos de la entrevista semiestructurada

Aquí se revisó información de las personas entrevistadas en base a su conocimientos y percepción del riesgo cardiovascular, lo cual, se explicará a continuación.

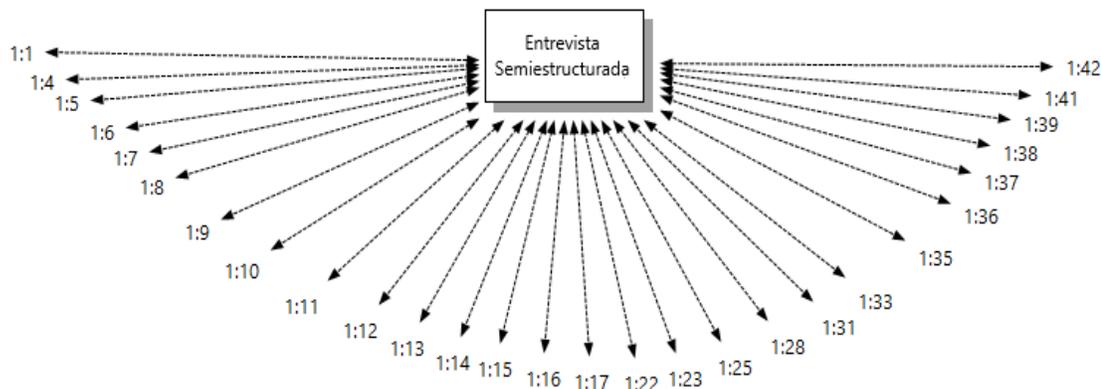


Gráfico N°2. Análisis cualitativo de las entrevistas

Elaborado por: Cuenca (2020).

Tabla N° 19. Descriptores del análisis cualitativo de las entrevistas

1:1	Ninguna molestia	1:17	Enferma por el estrés
1:4	Aparentemente bien y llevando una enfermedad interna	1:22	Consumo excesivo de carbohidratos
1:5	En las enfermedades no hay edad	1:23	Obesidad cansancio, dificultad para respirar al caminar
1:6	Al llegar a los 40 a presentado enfermedades	1:25	La obesidad ocasiona enfermedades
1:7	No tener buena alimentación	1:28	No tengo tiempo
1:8	Generalmente cada 3 meses y cada año	1:31	Rumba
1:9	Solo cuando tengo algún problema	1:33	Enfermedad que afecta al corazón
1:10	Salud estable porque hay ánimos de trabajar	1:35	Es como un cáncer porque les afecta todo
1:11	Con en tratamiento	1:36	Azúcar en la sangre

1:12	Lo más importante la salud	1:37	Tapan las arterias por la grasa
1:13	Trabajo complica cuidar de la salud	1:38	Hereditaria y por exceso de estrés
1:14	Salud afectada por la pandemia y el estado de los hospitales	1:39	Mejor alimentación, costumbres y hábitos
1:15	Tal vez se vería saludable	1:41	Miedo de hacerse exámenes y tener alguna enfermedad
1:16	Tal vez mal	1:42	Dietas

Elaborado por: Cuenca (2020).

Análisis e interpretación

Por medio del análisis cualitativo realizado en el software denominado ATLAS TI. En función a los resultados de las entrevistas aplicadas a la población, se comprende que no existe molestias en la salud en gran parte de la población, sin embargo, tienen ideas generales de que se puede presentar alguna enfermedad que no esté relacionada de forma directa con la edad. Se conoce que alrededor de los 40 años, el estado de salud puede presentar complicaciones, así como también, las enfermedades se pueden relacionar con factores como hábitos de alimentación no adecuados o el sedentarismo.

Por otra parte, se analiza la situación de las personas con problemas de salud, los cuales detallan que hasta el momento de la entrevista se encuentran en tratamiento. En tal sentido, se encontró que el conocimiento sobre enfermedades cardiovasculares va direccionado al estrés y a las dificultades de salud como la obesidad, es decir que la población relaciona a estos factores con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Como otra enfermedad crónica la población mencionó a la diabetes especificando que su incremento puede estar relacionado con el estrés (Fig.1 y tabla 11).

4.3.Comprobación de la Hipótesis

Por medio del análisis fenomenológico que busca el significado se los eventos de las personas de estudio comprendiendo así a los individuos y su forma de ver el mundo se correlacionaron los datos porcentuales con el análisis cualitativo de la entrevista. Con esta razón se dividirá la información en categorías esenciales o comunes de las narrativas y categorías diferentes con su frecuencia respectiva.

Tabla N°20. Análisis fenomenológico

Categorías esenciales o comunes de las narrativas	n/n_i%	Categorías diferentes	n/n_i%
Percepción de salud			
Sentirse mal está asociado a no tener salud	3/0.12/12	La enfermedad causa temor	1/0.04/4
Sentirse bien psicológica y físicamente	6/0.24/24	No existe edad para las enfermedades	2/0.08/8
Chequeos, cuidados de salud periódicos y cuando se siente alguna afectación física.	3/0.12/12	La edad es un factor determinante para enfermarse	2/0.08/8
Asociado a tener energía y ánimo para trabajar	2/0.08/8	No se está sana debido a estar en tratamiento	2/0.08/8
Descuido de la salud actual	2/0.08/8	Cuidado de la salud la salud actual	2/0.08/8
Percepción en 10 años			
Estado saludable	3/0.12/12	Estado enfermo y desgastado	1/0.04/4
Tener cuidados actualmente para no tener problemas de salud a futuro	2/0.08/8	Enfermedad por estrés y mala alimentación	1/0.04/4
Alimentación			
Alimentación balanceada	2/0.08/8	Alimentarse mal es un factor determinante	1/0.04/4
Alimentarse bien es importante, pero comer fuera es un factor determinante	2/0.08/8	Alimentarse bien es un factor determinante	1/0.04/4
Se conoce lo que es saludable pero no se aplica en la cotidianidad	2/0.08/8	No se conoce sobre la alimentación saludable	1/0.04/4
Consumo alto de carbohidratos	2/0.08/8	Seguir las recomendaciones del doctor	1/0.04/4
Sobrepeso y obesidad			
De la muestra estudiada el 76% tiene obesidad I, 66% con sobrepeso y con menos medida 5% y 5% con obesidad II, obesidad III respectivamente. El subir de peso puede causar problemas síntomas como dificultad al respirar (8%), percibido como una enfermedad (12%), debido a malos hábitos alimenticios (8%) y asociado a la fatiga (8%) que limita para tomar medidas al respecto.			
La falta de la capacidad de respirar está asociada con el alto peso.	2/0.08/8	Disminución de alimentación por decisión propia	1/0.04/4
Peso como sinónimo de enfermedad.	2/0.08/8	El exceso de peso conlleva enfermedades	1/0.04/4
Consciencia de sobrepeso, sin hacer nada al respecto	3/0.12/12	Percepción de subir de peso enfocado en la ropa	1/0.04/4

Consciencia de malos hábitos en la alimentación	2/0.08/8	No hay problemas de peso	1/0.04/4
Peso asociado con la fatiga	2/0.08/8	Sentirse cómoda con el sobrepeso	1/0.04/4
Percepción de delgadez y deseo de subir de peso	1/0.04/4	Peso asociado a la ansiedad al dejar de consumir tabaco	1/0.04/4
Sobrepeso asociado a no caminar rápido	1/0.04/4	Consciencia de sobrepeso intentando corregirlo por sus propios medios	1/0.04/4

Actividad física y sedentarismo

En las mujeres climatéricas el 17% hace ejercicio y en las no climatéricas el 26% hace ejercicio, lo cual significa que el 83% y 74% respectivamente son sedentarias, tomando en cuenta el rango de edad entre 30 a 60 años es un nivel de riesgo que podría colaborar a la existencia de enfermedades cardiovasculares. Al respecto la muestra estudiada menciona que no tienen tiempo para actividades físicas (8%) y no tienen conocimiento de ninguna actividad que podrían realizar para mejorar su estilo de vida (8%).

No hay tiempos para la actividad física	2/0.08/8	Ocupaciones no permiten actividades físicas	1/0.04/4
No se realiza ninguna actividad	2/0.08/8	No realiza ninguna actividad debido a enfermedad	1/0.04/4
Rumba terapia en casa	1/0.04/4	Trotar por 45 min a 1 hora todos los días	1/0.04/4

Enfermedades cardiovasculares

Enfermedad del corazón	2/0.08/8	Provocado por preocupaciones y estrés	1/0.04/4
Enfermedades relacionadas con el estado de ánimo	2/0.08/8	Se nace con las enfermedades cardiovasculares	1/0.04/4
Relación con el sobre peso	1/0.04/4	Infartos o trombosis son presión alta	1/0.04/4

Diabetes

Conceptualizado como similar al cáncer y empeora con el estado de ánimo	2/0.08/8	Problema del organismo	1/0.04/4
Mucha azúcar en la sangre	2/0.08/8	Triglicéridos y azúcar en sangre	1/0.04/4

Dislipidemias

Asociado al consumo excesivo de grasas	4/0.16/16	Triglicéridos altos, colesterol y diabetes, taponamiento de las arterias causa infartos	1/0.04/4
--	-----------	---	----------

Hipertensión arterial

El 64% no tiene antecedentes de enfermedades crónicas en sus familias y del 36% mencionan que sí, lo

cual es un factor de menos medida, pero de atención a futuro. Al respecto se asocia a esta enfermedad con situaciones que podrían empeorarlo como por ejemplo el estado de ánimo (8%)

Asociado con el estado de ánimo y con el clima. Refiere falta de conocimiento por parte de los encuestados respecto a la hipertensión arterial.	2/0.08/8	Hereditaria, asociado al estrés y la mala alimentación.	1/0.04/4
Asociado a la mala circulación, exceso de peso, colesterol o triglicéridos	1/0.04/4	Cuidador por medio de comer sano, hacer ejercicio y mente ocupada	1/0.04/4

Disminución de factores de riesgo cardiovascular

Mejorar alimentación y hábitos para cuidarse	3/0.12/12	Comer muchas grasas y no hacer ejercicio	1/0.04/4
Consciencia de que en un futuro puede haber dificultades de salud y no se hace nada al respecto	2/0.08/8	El miedo de adquirir una enfermedad es el problema	1/0.04/4
Descuido del estado de salud	1/0.04/4	Prefiere estar un poco baja del peso normal	1/0.04/4

Mejorar las condiciones a futuro

Se presentan hábitos tóxicos en los que las mujeres climatéricas el 17% y el 17% consumen alcohol y tabaco. Hay porcentajes superiores en las mujeres no climatéricas en las que el 26% consume alcohol y disminuye al 11% el consumo de tabaco. Estos son factores de riesgo que podrían favorecer a la existencia de una enfermedad cardiovascular a futuro si los hábitos no cambian. Frente a esto hay consciencia de que el estado de salud se ignora pero que puede mejorar si se acude a especialistas (20%), se toma en cuenta que una vida saludable (12%) ayudaría a mejorar las condiciones a futuro, por esto algunas personas acuden al médico cuando es necesario (8%).

Consciencia de que la salud es algo que se ignora, pero puede mejorar por medio de las sugerencias de los médicos	5/0.2/20	Consciencia de que no tiene una vida saludable	1/0.04/4
Vida saludable	3/0.12/12	Chequeos médicos cada año	1/0.04/4
Cuidados médicos solo cuando hay molestia	2/0.08/8	Consciencia de cómo mejorar y lo hacen	1/0.04/4
Consciencia de cómo mejorar, pero no lo hace	2/0.08/8		

Elaborado por: Cuenca (2020).

Análisis e interpretación

Bajo el presente análisis, la unión del estudio teórico, los análisis porcentuales y la entrevista en su totalidad se acepta la hipótesis alternativa en la que se afirma que el

conocimiento se relaciona con el riesgo cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia de Izamba.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se determinó sobre el conocimiento que las mujeres de la parroquia Izamba tienen acerca del beneficio de la prevención, con relación a los problemas cardiovasculares, pero de la misma forma cada persona combina su cosmovisión con lo aprendido a través del tiempo. Sumado a esto las costumbres locales en el uso de los alimentos. Se encuentra conocimiento del efecto nocivo del consumo de grasas saturadas y azúcares, además hay sensatez sobre la facilidad de la comida rápida y la cantidad de grasa que contiene.

- Al indagar sobre el conocimiento se identificó que hay razón respecto al efecto beneficioso o lesivo de la alimentación, separando los alimentos vegetales y frutas como buenos y los grasos y dulces como malos. Además, tienen una comprensión sobre el deporte y la actividad física como elemento protector del sistema cardiovascular, y el efecto negativo del aumento de peso con los problemas que este acarrea.

La percepción de la salud de las entrevistadas tiene grandes variables: la consejería que el médico aporta en el momento de la consulta que incluye; cambios en el estilo de vida, exámenes complementarios, realización de actividad física, ingesta de alimentos saludables, eliminación de alimentos dañinos como azúcares, uso moderado de carbohidratos.

- El discernimiento y la percepción de los elementos saludables o no saludables, son totalmente modificados por las influencias externas, que son poderosas fuerzas que hacen a las mujeres de Izamba mantener una conducta socialmente aceptada como: el consumo de alimentos grasos por ser deliciosos, fáciles de preparar, el consumo de vegetales, de frutas, de legumbres y hortalizas que son alimentos saludables pero, por la incomodidad al prepararlos, por la falta de tiempo no son consumidos, además, el reconocer la actividad física como estilo de vida saludable, pero no realizarla, y seguir ese estilo de vida guiado en la moda, en la conducta de grupos, más no en el conocimiento de la salud, la prevención y la vida que llevan en ese momento.

- El conocimiento poco profundo sobre el riesgo cardiovascular y los factores que lo empeoran provoca un errado concepto sobre la gordura, el daño que esta puede causar, permiten identificar a las personas con pesos altos o muy altos como buenos, bonitos y saludables. La percepción de salud está fuertemente determinada como la ausencia de dolor, el tener ánimo para trabajar, el comer sin restricciones y también el tener una vida sin alteraciones psicológicas.

Esta percepción de ver la salud está ligada a la actitud de la población en la que se desenvuelven, que permite consensuar que lo saludable es lo que se ve bien, como el sobrepeso o la obesidad de distribución periférica. Además, el poder seguir alimentándose con grasas saturadas y azúcares indica tener la salud necesaria para poder ingerir sin problemas este tipo de comida.

Todo este conglomerado de conocimientos sumado a estos elementos crea una percepción de una vida pobre en prevención, con estilos de vida en contra de lo saludable, conductas alimentarias hipocalóricas consideradas muy deliciosas y poco saludables, que, al no generar dolor, conducen a desarrollar enfermedades entre ellas enfermedades cardiovasculares.

5.2.Recomendaciones

- El conocimiento que cada mujer entrevistada trae consigo, sea este formal, tradicional, cultural, a la hora de tomar acciones pesa mucho más la cultura del grupo poblacional en el que se desenvuelve. Por tal razón, para lograr el cambio actitudinal de cada mujer y hogar al que pertenecen debería trabajarse en parámetros básicos que rijan el estilo de vida de toda la población de la parroquia. Esto, con el fin de generar un nuevo paradigma y estilo de vida, en donde el conocimiento de lo saludable les permita actuar como una razón y no como una obligación.

El conocimiento por sí solo no será suficiente, sino se cambian los ambientes en que se desarrollan las poblaciones, esa deberá ser siempre una tarea permanente de los gobiernos locales, en este caso, la responsabilidad de generar ambientes saludables recae directamente en el Gobierno Autónomo de la parroquia Izamba.

- En mejora del riesgo vascular el conocimiento formal de las personas muchas veces ha sido impartido desde la esfera represiva, infundiendo miedo,

temor por no actuar según lo indicado, así, el uso de grasas y azúcares llevarán inevitablemente a la morbilidad irreversible, comer saludable es la mejor opción ante esta consecuencia. Con este objetivo, el pensamiento humano debería ser guiado hacia lo bueno, llevar una conducta hacia los alimentos saludables e incrementar el conocimiento sobre estos temas.

Instaurándose desde los niños, enseñándoles a disfrutar de la vida en familia, del aire libre, del caminar, del jugar, que tomen la actividad física no como una obligación, sino como un hábito de vida. Siendo esto posible al fortalecer el primer nivel de atención, en donde se debería enseñar a todos los pacientes estilos de vida saludables.

- El conocimiento erróneo de los alimentos generadores de obesidad, nombrando el arroz, chocolate, grasas, dejando de lado a los azúcares como causantes del problema, es primordial en el consumo alto de azúcares que se debería trabajar muy intensamente.

A pesar de que Izamba es un gran productor de verduras y hortalizas, es poco consumidor de las mismas, además, también se debe trabajar en la combinación de alimentos que incluyan todos los grupos de nutrientes, y en la disminución, paulatina y constante de los productos con altas cargas de azúcar, dando cumplimiento a las reglamentaciones nacionales.

- En conjunto es importante trabajar también en la percepción de la salud por parte de toda la población, que debería ser conocida y sentida como la meta a alcanzar cada día dentro de ella el “bienestar físico psíquico y social” y no solo la ausencia de dolor.

La perspectiva no entendida en las poblaciones que nacen vive para trabajar y mueren al final trabajando, tienen en su mente la única meta diaria de ganar más y más dinero. En esta lógica capitalista, el niño pequeño y el anciano se constituyen en consumidores e impiden la acumulación de riqueza.

Aquí el paradigma debe ser una sociedad que mire el valor potencial de los niños, el valor intelectual no explotado de los ancianos, el valor social, la fortaleza de la unión familiar, y el valor efímero de la vida saludable que en un abrir y cerrar de

ojos desaparece al pasar de los años. Se debe entonces cambiar este otro concepto a la salud como el disfrute pleno de la vida, que simboliza salud física y mental.

CAPÍTULO 6. PROPUESTA

6.1.Datos informativos

Plan de capacitación sobre salud cardiovascular en la Parroquia Izamba a las Mujeres de 30 a 60 años

Autora: Dra. Soraya Paulina Cuenca Yaguana

C.I.: 1103551162

Dirección: Cashapamba, julio Castillo y Emiliano Crespo

Teléfono: 0987470047

e-mail: sorayita2227@yahoo.es, scuenca1162@uta.edu.ec

Tutor: Dr. Johny Mauricio Torres Torres

6.2.Antecedentes de la propuesta

Al indagar en una población de mujeres entre 30 a 60 años teniendo una muestra de 25 personas perteneciente a la parroquia de Izamba, donde se buscó conocer el conocimiento sobre el riesgo cardiovascular se encontraron algunas deficiencias respecto a esto y sobre la percepción de esta. Acorde a las generaciones y el conocimiento instaurado y/o percibido, se puede generar conocimientos y hábitos que ayuden a mejorar la salud de una población.

Es así que bajo la presente investigación se percibe la necesidad de conocer sobre la salud cardiovascular y el riesgo cardiovascular en la población de mujeres entre 30 a 60 años en la parroquia de Izamba, debido a que las personas de género femenino en el rango de edad propuesto no cuentan con la información sobre lo que son estas enfermedades, riesgo y prevención. Exponiendo de esta forma la vida propia y de otras generaciones que aprenden de ellas.

6.3.Justificación

Considerando lo presentado en la investigación se percibe deficiencia en la percepción y conocimiento sobre la salud, riesgo y prevención cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia de Izamba en el cantón Ambato. Esto, pone en cautela la salud de esta población, debido a esto se busca concientizar a este grupo de personas en esta zona

con el objetivo de mejorar saberes intrínsecos y extrínsecos sobre la salud cardiovascular para de esta generar una forma de vida saludable.

6.4.Objetivos

6.4.1. Objetivo general

Concientización en las Mujeres de 30 a 60 años acerca de la salud cardiovascular en la Parroquia Izamba

6.4.2. Objetivos específicos

- Socializar a las Mujeres de 30 a 60 años acerca de la salud cardiovascular en la Parroquia Izamba
- Capacitar a las mujeres de 30 a 60 años acerca de salud cardiovascular en la Parroquia Izamba
- Implementar información sobre la salud cardiovascular en mujeres de 30 a 60 años en la Parroquia Izamba

6.5.Análisis de factibilidad

La fiabilidad de la presente propuesta se encuentra en los resultados por parte de la investigación en la que se encuentra la falta de conocimiento sobre la salud, riesgo y prevención cardiovascular. Lo cual, ha sido transmitido por medio de la cultura de generaciones en generaciones. Considerando esto, se busca solventar este proyecto con el apoyo de la dirección del GAD parroquial y de esta forma llegar a todas las personas mujeres dentro 30 a 60 años de la parroquia Izamba.

6.6.Fundamentación

Salud cardiovascular

La salud cardiovascular (SC) se refiere a hábitos de vida saludables los cuales mantienen a una persona saludable. Esto comprende la ausencia de consumo de tabaco, práctica de ejercicio, IMC de acuerdo con la edad y tamaño de la persona y una dieta saludable, además también tiene relación con colesterol moral, presión arterial sin anomalía y glucemia en ayuno normal. Una adecuada SC está asociada en un alto porcentaje con la reducción de posibles enfermedades cardiovasculares, es así que es una forma de

prevención, debido a que este tipo de afectaciones de la salud puede causar conflictos en la vida de la persona e incluso llevar a la muerte.

Riesgo cardiovascular

El riesgo cardiovascular son factores que se vinculan con mayor probabilidad o que colaboran a que una persona sufra de enfermedades cardiovasculares como puede ser colesterol alto, tener diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, herencia, estrés, obesidad, entre otros. Todo esto, se encuentra relacionado con hábitos inadecuados en alimentación, ejercicio físico, consumo de alcohol, tabaco, entre otros.

6.7. Metodología. Modelo operativo

Tabla N°21. Metodología. Modelo operativo

Fases	Metas	Actividad	Responsables	Tiempo	Resultados
Sociabilizar	Divulgar información acerca de salud cardiovascular a las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia de Izamba.	Establecer conversatorios y talleres didácticos sobre la salud cardiovascular, riesgo y prevención.	Profesionales de la salud	Enero-abril	Aprender sobre la salud, riesgo y prevención cardiovascular.
Capacitar	Brindar conocimiento a la ciudadanía acerca del riesgo cardiovascular y su prevención, al llevar una correcta salud cardiovascular en las mujeres entre 30 a 60 años de edad en la parroquia de Izamba	Efectuar campañas sobre salud cardiovascular en las diversas zonas de la parroquia, abarcando a toda la población entre 30 a 60 años.	Profesional de la salud	Mayo-agosto	Prevenir enfermedades y riesgo cardiovasculares por medio de la salud cardiovascular
Implementar	Incentivar a la población en llevar estilos de vida saludables cuidado de esta	Realizar afiches y guías para la población para que puedan	Profesionales de la salud	Septiembre - diciembre	Motivar el cuidado y el auto cuidado de la salud cardiovascular, esta forma previniendo riesgo cardiovascular.

manera su salud cardiovascular	ejercer lo aprendido en sus hogares y puedan transmitirlo a otras personas.		
-----------------------------------	---	--	--

Elaborado por: Cuenca (2020).

6.8.Administración

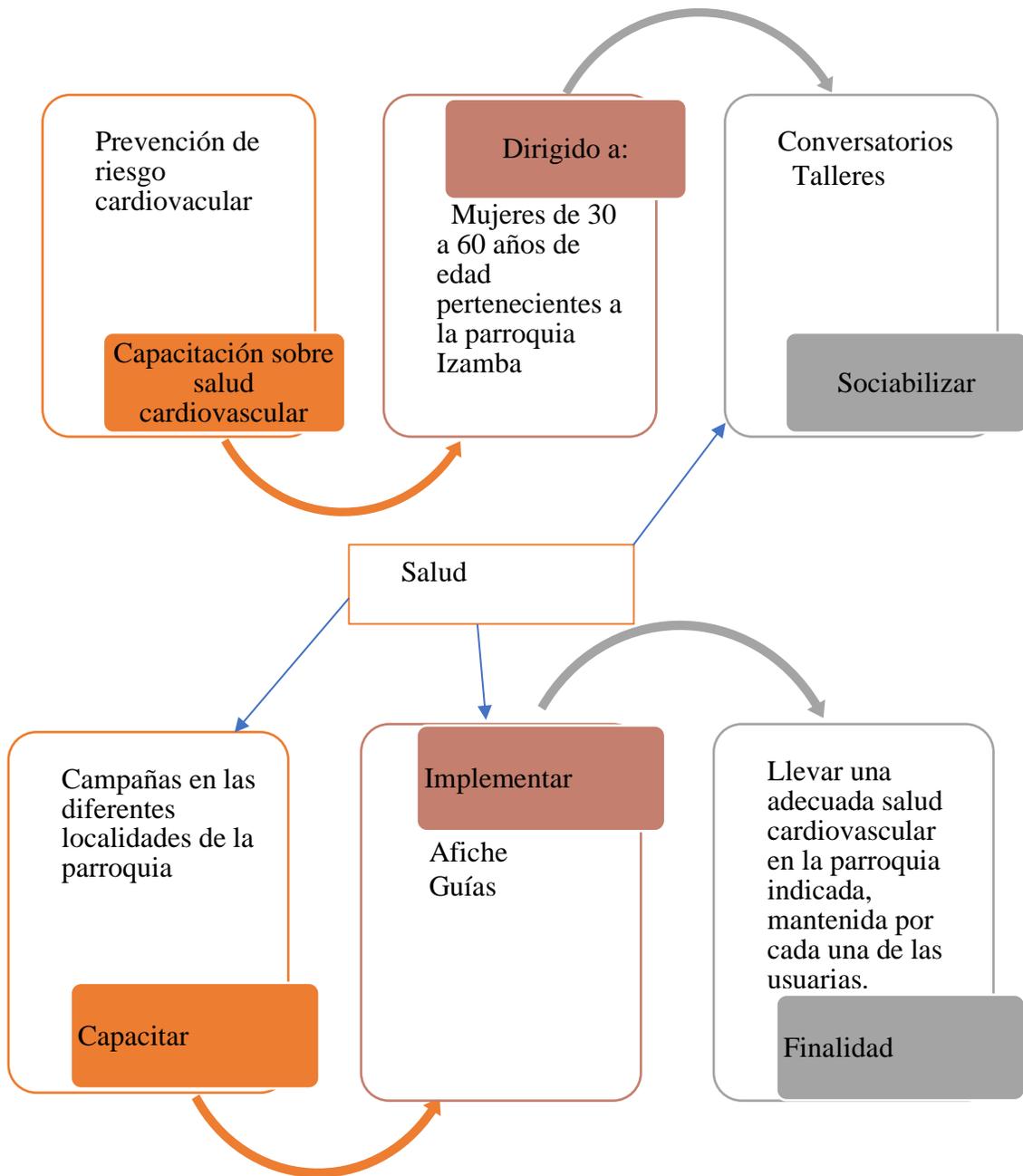


Gráfico N°3. Administración

Elaborado por: Cuenca (2020).

6.9.Previsión de la evaluación

Respecto a la previsión de la evaluación de esta propuesta, sería factible que posterior a la aplicación de este se evalué percepción y riesgo cardiovascular con el objetivo de conocer cómo la población luego de ser capacitada sobre la salud cardiovascular ha modificado sus hábitos de una forma más saludable previniendo riesgos cardiovasculares. Considerando también conocer si hubo cambios de concepto sobre esto o si se mantiene lo que previamente se menciona en los antecedentes.

5.3. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020. Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
2. Mendoza E, Bravo R, Villa M, Flores N, Olivares M, Calle X, et al. Enfermedades cardiovasculares y cáncer : ¿ dos entidades mutuamente relacionadas ? Cardiovascular Diseases and cancer : ¿ mutually related entities ? *Rev Chil Cardiol.* 2019;38(1):54–63.
3. Olmos P. El corazón de la mujer visto desde la sociología con enfoque de equidad de género. *Rev Colomb Cardiol.* 2018;25(1):3–7.
4. Hernández J, Varona M, Hernández G. Prevalencia de factores asociados a la enfermedad cardiovascular y su relación con el ausentismo laboral de los trabajadores de una entidad oficial. *Rev Colomb Cardiol.* 2020;27(2):109–16.
5. Shen S, Lu Y, Qi H, Li F, Shen Z, Wu L, et al. Waist-To-height ratio is an effective indicator for comprehensive cardiovascular health. *Sci Rep* [Internet]. 2017;7:1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/srep43046>
6. Pereira J, Peñaranda D, Reyes A, Caceres K, Cañizarez Y. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en América Latina: una revisión de la evidencia publicada de 2010 a 2015. *Rev Mex Cardiol* [Internet]. 2015;26(3):125–39. Available from: www.medigraphic.com/revmexcardiol%0Awww.medigraphic.org.mx
7. Anchique C. Enfermedad cardiovascular en la mujer. *Rev Colomb Cardiol.* 2011;18(4):14–68.
8. Juárez LA, Neonat C, Castro M, Ruiz M. Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres en el norte de México. *Salud Publica Mex.* 2016;58(4):428–36.
9. Zapata R, Cigarroa I, Díaz E, Saavedra C. Reducción del riesgo cardiovascular en mujeres adultas mediante ejercicio físico de sobrecarga. *Rev Med Chil.* 2015;143:289–96.
10. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Compendio de Resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida ECV 2014 [Internet]. 6th ed. Quito:

- DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL; 2014. 197 p. Available from:
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/ECV_COMPENDIO_LIBRO.pdf
11. Huamán J, Alvarez M, Gamboa L, Marino F. Índice cintura-estatura como prueba diagnóstica del Síndrome metabólico en adultos de Trujillo. *Rev Med Hered* [Internet]. 2017;28:13–20. Available from:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28222/v39n2a6_106-114.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 12. Ministerio de Sanidad SS e I. Indicadores de salud 2017. Evolución de los indicadores del estado en España y su magnitud en el contexto de la Union Europea [Internet]. Madrid: MInisterio de sanidad, servicios sociales e igualdad, Secretaria general técnica, centro de publicaciones; 2018. 1–356 p. Available from:
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>
 13. Aguilar I, Carrera P, Rabanaque M. Salud percibida y nivel educativo en España: Tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gac Sanit* [Internet]. 2015;29(1):37–43. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.004>
 14. Corvalán C, Garmendia M, Jones J, Lutter C, Miranda J, Pedraza L, et al. Nutrition status of children in Latin America. *Obes Rev*. 2017;18(Suppl. 2):7–18.
 15. Onatra W, Sánchez J, Parra M, Amaya J, Laverde G. Evaluación de la adiponectina y su correlación con la íntima media carotídea en mujeres peri y postmenopáusicas. *Hospilar de engativa, Bogota. Rev UDCA Act Div Cient* [Internet]. 2016;19(2):257–66. Available from:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v19n2/v19n2a02.pdf>
 16. Soto A, García JL, Toro M De, Rodríguez M, Arias M, Reyes M. Ensayo clínico con intervención educativa en mujeres perimenopáusicas con un factor de riesgo cardiovascular. *Gac Sanit* [Internet]. 2017;31(1):48–52. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.022>
 17. Terán M, Díaz F, Cubillas A. Diagnóstico de salud y percepción de riesgos ,

- elementos clave para una propuesta de intervención en comunidades indígenas en México. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2016;39(2):106–14. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28222/v39n2a6_106-114.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. México: Permanyer; 2019. 1–125 p.
 19. Torresani M, Oliva M, Rossi M, Echevarría C, Maffei L. NUTRICIÓN CLÍNICA RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN EL ÍNDICE CINTURA / TALLA EN MUJERES ADULTAS. *Actual en Nutr.* 2014;15(1):3–9.
 20. Lee S, Khambhati J, Varghese T, Stahl E, Kumar S, Sandesara P, et al. Comprehensive primary prevention of cardiovascular disease in women. *Wiley Clin Cardiol.* 2017;40:832–8.
 21. Francois M, Gillen J, Little J, Wallis G, Little J. Carbohydrate-Restriction with High-Intensity Interval Training : An Optimal Combination for Treating Metabolic Diseases ? *Front Nutr.* 2017;4:1–10.
 22. Romero C. Enfermedad cardiovascular en la mujer . Percepciones , mitos y realidades Cardiovascular disease in women . Perceptions , myths and realities. *Rev Urug Cardiol.* 2017;32(2):105–8.
 23. Koene R, Prizment A, Blaes A, Konety S. Contemporary Reviews in Cardiovascular Medicine Shared Risk Factors in Cardiovascular Disease and Cancer. *Contemp Rev Cardiovasc Med.* 2016;1104–14.
 24. Allen L, Feigl A. Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions. *Comment.* 2017;5:644–6.
 25. Christakis N, Fowler J. The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *N Engl J Med.* 2007;357(4):370–9.
 26. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas. 1st ed. Mc Graw Hill Education; 2018. 1–714 p.
 27. Constitución del Ecuador. Asamblea Constituyente. Registro Oficial 2008 p. 218.
 28. Nacional Congreso. Ley organica de salud - Ecuador [Internet]. 2015. Available

from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>

29. Andrade J, Verma A, Mitchell B, Parkash R, Leblanc K, Aztema C, et al. 2018 Focused Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Can J Cardiol.* 2018;34(11):1371–92.
30. García M. Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. *Rev Colomb Cardiol.* 2018;25(1):8–12.
31. Knuuti J, Wijns W, Capodanno D, Barbato E, Funck C, Prescott E, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2020;41:407–77.
32. Alfonso F, Sionis A, Bueno H, Ibáñez B, Sabaté M, Cequier Á, et al. Comentarios a la guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70(12):1039–45.
33. Reyes F, Pérez M, Figueredo E, Céspedes Y, Fernández A. El método clínico aplicado al diagnóstico del dolor torácico agudo. *Correo Científico Médico [Internet].* 2018;22(3):474–95. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2018/ccm183k.pdf>
34. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de práctica clínica para el manejo del paciente con angina estable [Internet]. Lima: EsSalud; 2018. 1–31 p. Available from: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Angina_Estable_Version_Corta.pdf
35. Academia de estudios S. L. Manual AMIR. Cardiología y Cirugía Cardiovascular [Internet]. 11th ed. Marbán printing; 2018. 140 p. Available from: <https://amirpanama.com/wp-content/uploads/2019/07/Cardiologia11aEdicion.pdf>
36. Previgliano I. Cartas al Comité de Redacción Acerca del Consenso sobre Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo. 2019;79(4):331–4. Available from: <https://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol79-19/n4/332-334->

Med6990.pdf

37. Gayarre R, Escobar A, Pou M. Actualizaciones Enfermedad arterial periférica. *Form médica Contin en atención primaria* [Internet]. 2017;24(6):291–302. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2017.01.005>
38. Papadakis M, McPhee S. Diagnóstico clínico y tratamiento [Internet]. McGraw Hill; 2017. Available from: <https://www.casadellibro.com/libro-diagnostico-clinico-y-tratamiento/9786071514103/5750549>
39. Baumgartner H, Falk V, Bax J, De Bonis M, Hamm C, Johan P, et al. 2017 ESC / EACTS Guidelines for the Management of Valvular Heart Disease The Task Force for the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European. *Eur Heart J*. 2017;38:2739–91.
40. Kunstmann S. Manual de fisiopatología clínica [Internet]. 2nd ed. Mediterraneo; 2019. 552 p. Available from: <https://mediterraneo.cl/textos/1-manual-de-fisiopatologia-clinica-2da-ed.html>
41. Copeland L, Swendsen S, Sears D, MacCarthy A, McNeal C. Association between triglyceride levels and cardiovascular disease in patients with acute pancreatitis. *PLoS One*. 2018;13(1):1–12.
42. Williams B, Mancia, Giuseppe M, Spiering W, Agabiti E, Azizi M, Burneir M, et al. 2018 ESC-ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Hypertens Eur Hear*. 2018;39:1953–2041.
43. Mostaza J, Pintó X, Armario P, Masana L, Ascaso J, Valdivieso P. Estándares SEA 2019 para el control global del riesgo cardiovascular. *Clínica e Investig en Asteriosclerosis*. 2019;31(1):1–43.
44. Piepoli M, Hoes A, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano A, et al. Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69(10):e1–87.
45. Mach F, Baigent C, Catapano A, Koskinas K, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC / EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias : lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020;41:111–88.
46. Rojas D. Lo nuevo y mas importante de las Guías 2019 de la Sociedad Europea de cardiología para el manejo de las dislipidemias : La modificación de los lípidos

- para reducir riesgo cardiovascular [Internet]. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular; 2019. 1–6 p. Available from: <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2019/10/PUESTA-AL-DIA-130-Volumen-2-GUIA-LIPIDOS-2019-ESC.pdf>
47. Ministerio de Salud Pública. Diabetes mellitus tipo 2. Guía de práctica clínica (GPC) [Internet]. 2nd ed. Edición General: Dirección Nacional de Normalización – MSP. Quito: Dirección Nacional de Normalización; 2017. 1–87 p. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
 48. Saturno D, Brea K, Figueroa F, Martínez M, Medina H, Moreno N. Enfermedad cardiovascular y obesidad. *Rev Sarlud Vive* [Internet]. 2018;1(1):59–67. Available from: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/5/3>
 49. Crespo J, Delgado J, Blanco O, Aldecoa S. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2015;47(3):175–83. Available from: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/5/3>
 50. Lemos M, Agudelo D, Ríos P. Reflexiones en torno al estrés y su relación con la enfermedad cardiovascular. *Cuad Hispanoam Psicol.* 2015;15(2):5–22.
 51. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud [Internet]. Edición 20. Buenos Aires: Ministerio de salud y desarrollo social; 2019. 1–298 p. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/0000001777cnt-Guia-MAC-2019-para-web.pdf>
 52. Contreras J, Fernández A, Aguirre L, Puy M. Guía práctica para el manejo de la diabetes [Internet]. Bilbao: Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea; 2015. 1–72 p. Available from: https://www.ciberisciii.es/media/581876/guiadm2_upv_ehu.pdf
 53. Celada C, Tarraga L, Madrona F, Solera J, Salmeron R, Celada A, et al. Adherencia a la dieta mediterránea en pacientes diabéticos con mal control. *Clínica e Investig en Asteriosclerosis.* 2019;31(5):210–7.
 54. Casal M, Fernandez I. Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2. *Arch*

- Med. 2014;10(2):1–18.
55. Rivera P, Hernández C, Carbajal F, Maldonado G. Funcionalidad Familiar y Diabetes tipo 2 en una comunidad rural de Tamaulipas, Mexico. *Rev Caribeña Ciencias Soc [Internet]*. 2016;1–29. Available from: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2016/12/diabetes.html>
 56. Turiño M, Colomé T, Fuentes E, Palmas S. Síntomas y enfermedades asociadas al climaterio y la menopausia. *Medicentro Electrónica [Internet]*. 2019;23(2):116–24. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v23n2/1029-3043-mdc-23-02-116.pdf>
 57. Moreno L, Cervera P, Ortega R, Díaz J, Baladia E, Basulto J, et al. Evidencia científica sobre el papel del yogur y otras leches fermentadas en la alimentación saludable de la población española. *Nutr Hosp*. 2013;28(6):2039–89.
 58. Acuña M, Zamorano C, Sanhuesa M, Torres R, Toro L, Valencia M, et al. Terapia Estrogénica y Prevención Cardiovascular Primaria. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]*. 2019;84(6):514–24. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n6/0717-7526-rchog-84-06-0514.pdf>
 59. Segura A, Rodríguez L, Alonso F, Villarín A, Rojas G, Rodríguez G, et al. Medidas antropométricas de obesidad general y central y capacidad discriminativa sobre el riesgo cardiovascular : estudio RICARTO. *Med Fam Semengen*. 2019;45(5).
 60. Lema M. Definición y percepción de salud [Internet]. SCRIBD. 2018. p. 1–8. Available from: <https://es.scribd.com/document/280744344/Definicion-y-Percepcion-de-Salud>
 61. Palma J. Emoción , Percepción y Acción. Emoción como exploración del entorno [Internet]. Universidad de Granada; 2017. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=110502>
 62. Royo M, Armario P, Lobos J, Pedro J, Villar F, Elosua R, et al. Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Gac Sanit*. 2017;31(3):255–68.
 63. Rodríguez L. Investigación bibliográfica y documental [Internet]. p. 2013. Available from: <https://guiadetesis.wordpress.com/tag/investigacion->

bibliografica-y-documental/

64. Fernández E. Análisis de estrategias metodológicas docentes innovadoras apoyadas en el uso de TIC para fomentar el Aprendizaje Cooperativo del alumnado universitario del Grado de Pedagogía. *Rev Interuniv Form del Profesorado Contin la Antig Rev Esc Norm*. 2020;34(2).
65. Muñoz M. La importancia del aprendizaje constructivista y la motivación en el aula de infantil. Vol. 2. Universidad Internacional de La Rioja; 2015.
66. Pérez J, Arencibia M, Jiménez D, Tellería M. Sistema de información clínico hospitalaria. arquitectura y mapa de camas. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]*. 2018;22(1):92–100. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000100013
67. Moncada A, Borjas E. Manual de Medidas Antropométricas [Internet]. 1st ed. Costa Rica: Publicaciones SALTRA; 2014. 1–72 p. Available from:
<http://www.munayi.uileam.edu.ec/wp-content/uploads/2018/08/indicadores-antropometricos-1.pdf>
68. Morga L. Teoría y técnica de la entrevista [Internet]. 1st ed. Red Tercer Milenio S.C. México; 2012. Available from:
http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/salud/Teoria_y_tecnica_de_la_entrevista.pdf
69. Díaz L, Torruco U, Martínez M, Varela M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investig en Educ Médica [Internet]*. 2013;162–7. Available from:
http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista120_S2A1ES.pdf
70. Ruiz A. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2016. Available from:
<http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/OrganismosEspecializados/OMS.aspx#:~:text=LaOrganizaciónMundialde,la,bienestarfísico%2Cmentalysocial%2C>
71. Schultz W, Hayek S, Samman A, Ko Y, Sandesara P, Awad M, et al. Marital Status and Outcomes in Patients With Cardiovascular Disease. *J Am Heart Assoc*. 2015;6(12):1–9.
72. Querales M, Rojas S, Silva E, Ochoa J, Santiago K, Adames J, et al. Factores de

- riesgo cardiovascular en comunidades urbana y rural: Tinaquillo, Venezuela. *Rev Salud Pública*. 2017;19(2):188–93.
73. Antonio J, González S, Machado MG. Riesgo cardiovascular según la intensidad del climaterio en mujeres de edad mediana con antecedentes de preeclampsia Cardiovascular risk according to the intensity of the climacteric period in middle-aged women with a history of pre-eclampsia. *Rev Cient villa Cl*. 2020;24(3):531–47.
74. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=En el caso de los,igual o superior a 30.>
75. Ekta Kapoor MLC-C. Ganancia de peso en mujeres de mediana edad. 2017.
76. Rafael Cuervo. Alcohol y tabaco en la patología cardiovascular. *Libr la Salud Cardiovasc*. 2016;577–82.

5.3. ANEXOS

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA



Universidad Técnica De Ambato

Facultad De Ciencias De La Salud

Especialidad En Medicina Familiar Y Comunitaria II Cohorte

PROYECTO DE TESIS

TEMA: PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR
EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS DE LA PARROQUIA IZAMBA.

Alumna: Dra. Soraya Cuenca

Ficha de filiación

Edad..... fecha de nacimiento..... lugar de residencia;

Ocupación..... Estado civil; instrucción;

Antecedentes gineco obstétricos (AGO):

Gestas..... partos.... abortos ...cesáreas..... hijos vivos..... hijos muertos....

Fecha de la última menstruación..... menarquia;climaterio...

uso de anticonceptivos.....

Antecedentes patológicos personales (APP):

Clínicos;

Quirúrgicos.....

Antecedentes patológicos familiares (APF):

Clínicos.....

Hábitos:

Tabaco, drogas,.....Alcohol.....

Alimentación,Actividad física,

Medidas antropométricas

peso;talla;IMC.....CC:.....

Entrevista semiestructurada

Preguntas:

Percepción en salud

1. Cuénteme, ¿qué piensa de su salud?
2. ¿cree que está sana, que le hace pensar eso?
3. ¿cree que tiene alguna enfermedad porque cree eso?
4. ¿Es importante para usted realizarse control médico?
5. ¿cada cuánto asiste a un control médico?
6. ¿Le crea preocupación el adquirir alguna?
7. ¿alguna vez le diagnosticaron alguna enfermedad cual es, y porque cree que la adquirió?

Estado nutricional

8. ¿Qué opina de su peso?
9. ¿Sabe que es estar gordo? ¿Sabe que la obesidad tiene algunos tipos?
10. ¿En su familia existen personas gordas?
11. ¿Le crea preocupación su peso, por qué?
12. ¿Cree que debería bajar de peso?

Alimentación

13. En relación con su alimentación diaria,
14. ¿qué es lo que más consume?
15. ¿Cree usted que lo que consume le alimenta?
16. ¿Cuál es su consumo de azúcares diario?
17. ¿sabe cuáles son las grasas?
18. ¿sabe que son los carbohidratos, los consume mucho
19. ¿uáles cree que son alimentos saludables?
20. ¿Por qué utiliza ese tipo de alimentos?
21. ¿Dentro de sus costumbres de alimentación cuántas veces al día come y en qué cantidad?
22. ¿Cómo cree que debería ser su alimentación?

Actividad física

23. ¿Realiza alguna actividad física?

24. ¿Cual?
25. ¿Cuánto tiempo?
26. ¿Cómo es su trabajo camina, se mueve mucho, pasa sentada, parada, etc.?
27. ¿En un día normal cuánto camina?
28. ¿sabe cuánto se debería caminar diariamente para estar saludable?
29. ¿Cómo cree que debería ser su actividad física?

Enfermedades

30. ¿Conoce algo acerca de la diabetes?
31. ¿Sabe que es la HTA?
32. ¿Sabe que es el colesterol porque se origina?
33. ¿Alguien en su familia tiene alguna de estas enfermedades?
34. ¿sabe si estas enfermedades se adquieren o se desarrollan, porque cree eso?
35. ¿cree que usted puede adquirir alguna de estas enfermedades?
36. ¿cree usted que alguien en su familia puede desarrollar alguna de estas enfermedades y por qué?
37. ¿Cree que puede hacer algo para evitar adquirir alguna de estas enfermedades?
38. ¿Con respecto a su salud como se vería usted de aquí en 10 años, por qué?
39. ¿cambiaría algo de su modo de vida después de realizada esta entrevista?
40. ¿En qué le ayudó esta entrevista?

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad Técnica De Ambato

Facultad De Ciencias De La Salud

Especialidad En Medicina Familiar Y Comunitaria II Cohorte

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación con el tema: Conocimiento de la salud cardiovascular en las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba, conducida por la Dra. Soraya Cuenca, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria II cohorte de la Universidad Técnica de Ambato. Solicita a usted de manera libre y voluntaria participe de este estudio, se le informa que se le realizará una ficha personal con datos de filiación, para lo cual se le citará, donde usted se encuentre cómoda y no existan interrupciones, ya que posteriormente se le realizará una entrevista grabada en audio, con una duración alrededor de 20 a 35 minutos. La misma no implicará ningún riesgo para su salud. Los datos obtenidos serán manejados con estricta confidencialidad y se los utilizará para fines investigativos, se manejará el anonimato, asignándole un código específico para su identificación. En el momento que usted acepte firmar este documento, tendrá la responsabilidad de contestar con la verdad lo solicitado, pero, si por algún motivo el momento de la entrevista se siente incómoda por alguna pregunta, o decide ya no participar del estudio, está en todo el derecho a retirarse del proceso investigativo, sin que existan consecuencias hacia su persona. Además, se le informa que el beneficio que obtendrá al participar en esta investigación será la evaluación de su salud, seguido de la educación sobre alimentación saludable, actividad física, información acerca de las enfermedades crónicas, referencia a especialista en caso de requerirlo, y seguimiento posterior de acuerdo con el problema encontrado.

Agradecemos su participación.

Yo,con CI:, acepto participar de manera voluntaria en la investigación que conduce la Dra. Soraya Cuenca, y declaro que he sido informada de que el objetivo de este estudio es, determinar la percepción y conocimientos que tienen las mujeres de 30 a 60 años de la parroquia Izamba sobre los factores de riesgo cardiovascular; para ello se procederá con el llenado de la ficha de filiación, posteriormente se me entrevistará, por un tiempo variable entre 20 y 35 minutos, la entrevista será grabada en audio y se realizará en el lugar que yo considere más adecuado, para que no existan interrupciones y yo esté tranquila; se me informó también que, la Dra. Cuenca tendrá la responsabilidad de salvaguardar mi identidad por lo cual se me otorgará un código para identificación; que la información obtenida será usada para fines investigativos; que si no deseo continuar con la investigación, lo haré saber a la Dra. Cuenca, sin existir posteriores perjuicios para mi persona; el beneficio que obtendrá al participar en esta investigación, será la evaluación de su salud, seguido de la educación sobre alimentación saludable, actividad física, información acerca de las enfermedades crónicas, referencia a especialista en caso de requerirlo, y seguimiento posterior de acuerdo al problema encontrado; que la realización de la entrevista no implica ningún riesgo para mi salud; que tengo la opción de solicitar los resultados obtenidos en estas investigaciones si así lo deseo, para ello puedo contactar a la Dra. Cuenca al teléfono celular 0987470047.

Una vez leída la información acepta y declaró estar en conocimiento de todo lo escrito anteriormente y para constancia firmo.

Nombre del participante.....

Firma del paciente

Cédula de identidad.....

Fecha: