



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES QUE ACUDEN A UN
CENTRO MATERNO INFANTIL DEL DISTRITO EL AGUSTINO,
LIMA 2022”**

**TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

Bach. ALCANTARA DAGA, PAOLO CESAR
<https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0002-8495-5861>

Bach. MOROCCO CARHUAPOMA, JACKELINE MARLENE
<https://orcid.org/0000-0003-4830-7493>

ASESORA:

Dra. PEREZ SIGUAS, ROSA EVA
<https://orcid.org/0000-0003-1195-0426>

**LIMA – PERÚ
2022**

Dedicatoria

Dedicamos el presente trabajo a nuestros padres por su constante apoyo.

Agradecimiento

Agradecemos a la Universidad María Auxiliadora por sus enseñanzas y permitir el crecimiento profesional.

Índice general

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice general.....	iv
Índice de Anexos.....	v
Índice de Tablas.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MATERIALES Y MÉTODOS	17
III. RESULTADOS	21
IV. DISCUSIÓN.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	31
ANEXOS	38

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables	39
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	40
Anexo C. Consentimiento informado	41
Anexo D. Aplicación de la calculadora de riesgo cardiovascular	42

Índice de Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El Agustino, Lima 2022 (N=72)	21
Tabla 2. Indicadores de la calculadora de riesgo cardiovascular en pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El Agustino, Lima 2022	23
Tabla 3. Riesgo cardiovascular en pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El Agustino, Lima 2022	25

Resumen

Objetivo: Determinar el riesgo cardiovascular en pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El Agustino, Lima 2022.

Materiales y métodos: El enfoque fue cuantitativo, diseño no experimental, transversal y descriptivo. La muestra se conformó por pacientes atendidos en los consultorios externo de un centro materno infantil en el Agustino, ubicado en Lima, durante el mes de marzo del año 2022. El instrumento fue la calculadora del riesgo cardiovascular de la OMS.

Resultados: 38 pacientes que representan el 52,7% son convivientes, 36 pacientes que representan el 50% tienen secundaria, 27 pacientes que representan el 37,4% tiene trabajo eventual. 42 pacientes que representan el 58,3% son del sexo masculino. En cuanto a la edad, 23 pacientes que representan el 31,9% tienen entre 40 a 45 años. 49 pacientes que representan el 68% tienen colesterol normal, 52 pacientes que representan el 72,2% tiene presión normal, 26 pacientes que representan el 36,1% tienen riesgo bajo, 22 pacientes que representan el 30,5% tienen riesgo moderado, 17 pacientes que representan el 23,6% tienen riesgo alto y 7 pacientes que representan el 9,8% tienen riesgo muy alto.

Conclusiones: El riesgo cardiovascular en la mayoría de pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El Agustino, fue bajo, seguido de moderado, alto y muy alto.

Palabras clave: Atención primaria; Riesgo; Enfermedad cardiovascular (DeCS)

Abstract

Objective: to determine the cardiovascular risk in patients who attend a maternal and child center in the El Agustino district, Lima 2022.

Materials and methods: the approach was quantitative, non-experimental, cross-sectional and descriptive design. The sample consisted of patients seen in the outpatient clinics of a maternal and child center in Agustino, located in Lima, during the month of March 2022. The instrument was the WHO cardiovascular risk calculator.

Results: 38 patients representing 52.7% are cohabiting, 36 patients representing 50% have high school, 27 patients representing 37.4% have temporary work. 42 patients representing 58.3% are male. Regarding age, 23 patients representing 31.9% are between 40 and 45 years old. 49 patients representing 68% have normal cholesterol. 52 patients representing 72.2% have normal pressure. 26 patients representing 36.1% have low risk, 22 patients representing 30.5% have moderate risk, 17 patients representing 23.6% have high risk and 7 patients representing 9.8% have high risk. very high

Conclusions: The cardiovascular risk in the majority of patients who attend a maternal and child center in the El Agustino district was low, followed by moderate, high and very high.

Keywords: Primary care, Risk, Cardiovascular disease (DeCS)

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV) es una causa importante de mortalidad y morbilidad, representando así casi un tercio de todas las muertes, por ende, se establece que un conjunto de estrategias preventivas mejoradas podría reducir la carga de la enfermedad. La cardiopatía isquémica ha encabezado la lista de causas de pérdida de años de vida durante más de una década, lo que destaca el cambio en la carga mundial de enfermedades transmisibles a enfermedades crónicas (1).

Según la Organización Mundial de la Salud, en su estudio que estimó el riesgo cardiovascular en 21 regiones globales, involucró a 376 177 individuos de 85 cohortes y 19 333 incidentes cardiovasculares registrados durante 10 años de seguimiento. Los modelos de predicción de riesgo derivados discriminaron bien riesgo de enfermedad cardiovascular para un varón fumador de 60 años sin diabetes y con presión arterial sistólica de 140 mm Hg y colesterol total de 5 mmol/L osciló entre el 11 % en América Latina andina y el 30 % en Asia central (2).

Un estudio realizado en China, en el 2020, en un total de 36,215 participantes, halló que los antecedentes personales de hipertensión y apoplejía tenían un coeficiente de contingencia con RCV de más de 0,3, siendo moderado. También se encontró que un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares estaba asociado con marcadores bioquímicos de colesterol, colesterol de lipoproteínas de baja densidad y azúcar en la sangre (3).

Un estudio en Arabia Saudita, en el 2020, inscribió a 2047. En general, el 69,4% presentaba baja actividad física, el 49,6% obesidad, el 34,4% dieta poco saludable, el 32,1% dislipidemia, el 30,3% hipertensión arterial, y 25,1% diabetes. Además, el 12,2% eran fumadores actuales. Estos resultados del estudio revelaron una alta prevalencia de estilo de vida poco saludable y riesgo de ECV población saudí adulta (4).

Un estudio realizado en la India, en el año 2021, de los 7.381 participantes, el 46,0% eran mujeres. La mediana de edad (RIC) fue de 59,0 (48,0-64,7) años. En general,

la prevalencia de riesgo cardiovascular muy bajo, bajo, moderado, alto y muy alto fue del 34,7%, 37,8%, 25,9%, 1,6% y 0,1%, respectivamente. Se asoció un riesgo elevado de ECV ($> = 10\%$) con baja educación, actualmente soltero, inactividad física, consumo de alcohol y diabetes auto informada en ambos sexos (5).

La región de América Latina, que incluye América Central, el Caribe y América del Sur es una que se está desarrollando rápidamente. Los niveles de vida en países como Brasil y México han mejorado drásticamente, incluidas mejoras en la educación y la atención médica. Un marcador importante del cambio socioeconómico ha sido el cambio epidemiológico en la carga de morbilidad. Las enfermedades cardiovasculares son ahora la principal causa de muerte en América Latina, y la prevalencia de enfermedades infecciosas ha ido acompañado de un aumento de las enfermedades no transmisibles (6).

Particularmente, en los países de América Latina y el Caribe la prevalencia disminuyó del 40,6% al 26,8% y del 26,8% al 19,4% para hombres y mujeres de 45 a 49 años respectivamente. Sin embargo, en 2015, la HTA representó el 8,9 del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) y se asoció con 4,9 millones, 2,0 millones y 1,5 millones de muertes por cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular hemorrágico y accidente cerebrovascular isquémico respectivamente (7).

Un estudio realizado en Colombia, en una población de 18 a 60 años, los resultados mostraron que, los resultados hallaron un riesgo cardiovascular en 22,4% (IC 95% 18–25), así como asociaciones con un nivel de significancia entre el riesgo y las variables sedentarismo ($X^2 4,87, p= 0,027$) e IMC ($X^2 108,28 p=0,000$) (8).

Un estudio realizado en una población de Brasil, en el año 2021, halló que la mayoría de las mujeres (58,4%) tenían riesgo cardiovascular bajo, el 32,9% riesgo medio y el 8,7% riesgo alto. Entre hombres, el 36,5% tenía riesgo cardiovascular bajo, el 41,9% riesgo medio y el 21,6% riesgo alto. El riesgo aumentaba con edad y era alta en la población de bajo nivel educativo (9).

Otro estudio realizado en Brasil, de un total de 701 personas con más de 20 años de edad, se observó un alto riesgo de ECV (puntuación de riesgo de Framingham 10 %) en el 18,9 % de la población. Los hombres (31,9 frente a 12,5 %) y los sujetos mayores (edad > 45 años: 68,9 % frente a edad <45 años: 4,2 %) tenían un riesgo significativamente mayor de ECV, mientras que los empleados en trabajos manuales mostraban un riesgo menor (7,6 frente a 21,7 %) (10).

A nivel de Perú, según la OMS, las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 69% de las muertes en el país, de ello, el 21% son las enfermedades cardiovasculares, seguido de patologías oncológicas. Debido a ello, el MINSA, revela esta estadística como alarmante, siendo necesario la implementación de medidas preventivas orientadas a la identificación de los factores de riesgo cardiovascular (11).

Un estudio, en el 2020, realizado en trabajadores de un instituto de salud, donde fueron incluidos 41 trabajadores, evidenció que, a través de un programa de prevención cardiovascular, se logró disminuir el riesgo cardiovascular en el 100% de participantes, basado en el score Framingham y mediante el score ASCVD se redujo en un 17%. Ello revela, la importancia de establecer medidas de prevención oportuna en la población general (12).

Un estudio realizado en una población periurbana de Zapallal, en Puente Piedra, mostró que, la prevalencia de sobrepeso u obesidad fue del 27,8%. La hipertensión arterial fue más común en hombres (37,4%) que en mujeres (20,5%) ($p = 0,002$). El colesterol total estaba elevado (>170 mg/dl) en casi la mitad (45,5 %) de los adolescentes, y el 71 % presentaba alteración de la glucemia en ayunas (>100 mg/dl) (13).

Un estudio desarrollado en pacientes atendidos en un policlínico de Lima Norte, utilizando la calculadora de la OMS, reveló que, el 42% tuvo riesgo moderado, seguido de riesgo bajo con un 22%. Además, el 65% tuvo niveles elevados de colesterol y un 52% expresó que consumían tabaco (14).

Un estudio realizado en un hospital de Arequipa, en 272 pacientes hospitalizados, aplicando el score de Framingham, halló que, el 61% tuvo bajo riesgo cardiovascular, 28% riesgo medio, elevado riesgo 11%, siendo el factor de riesgo de mayor prevalencia el fumar cigarrillos, seguido de presión arterial elevada (15).

La pregunta “¿qué es el riesgo?” ha sido objeto de un considerable debate filosófico y la palabra riesgo tiene varias definiciones, algunas más cuantitativas que otras. El término puede significar un evento no deseado (p. ej., infarto de miocardio), la causa de un evento no deseado (p. ej., fumar), la probabilidad de un evento no deseado, el valor esperado de un evento no deseado (p. ej., probabilidad multiplicada por una medida de la gravedad del evento, p. ej. la probabilidad de infarto de miocardio y la probabilidad de muerte asociada) y una decisión tomada en el contexto de probabilidades conocidas (16).

El riesgo cardiovascular se define como aquellas condiciones que predisponen a las personas a padecer enfermedades cardiovasculares de mayor incidencia. Este término puede ser utilizado en 2 sentidos. El primero hace referencia a la forma en que existen factores que tienen influencia en la aparición de la patología cardiovascular. El segundo hace referencia a factores estrictamente relaciones a enfermedades coronarias (17). Otra definición, nos menciona que, “un factor de riesgo cardiovascular es una característica biológica o un hábito o estilo de vida que aumenta la probabilidad de padecer o de morir a causa de una enfermedad cardiovascular (ECV) en 10 años”(18).

En teoría, las estimaciones de riesgo se pueden usar para aumentar la conciencia de la población sobre enfermedades (como las ECV) que causan una carga significativa de morbilidad y mortalidad, para comunicar el conocimiento sobre ese riesgo a individuos y subgrupos, y para motivar la adherencia a los cambios de estilo de vida o terapias recomendadas. En la práctica clínica, los algoritmos de predicción de riesgo se han utilizado más directamente para identificar a las personas con alto

riesgo de desarrollar ECV a corto plazo para seleccionar a esas personas para intervenciones preventivas más intensivas (19).

Claramente, el riesgo es un concepto complejo, que requiere una interpretación cuidadosa y una buena comunicación para facilitar la toma de decisiones terapéuticas adecuadas. También requiere la evaluación de varios factores de riesgo. Es imposible proporcionar una lista definitiva de los numerosos factores de riesgo cardiovascular. En cuanto a los factores de riesgo modificables, la edad, el sexo, los antecedentes familiares y el origen étnico son factores clave de riesgo cardiovascular. Aunque no son susceptibles de intervención terapéutica directa, siguen siendo importantes para estratificar el riesgo. También tienen implicaciones para la eficacia y la adherencia a la medicación. El predictor más fuerte de resultados cardiovasculares adversos es la edad, y de particular relevancia dado el envejecimiento de nuestra población(20).

El modelo de promoción de la salud de Pender es de los más útiles para la planificación y modificación conductas poco saludables. Toma como base la teoría cognitiva social mediante la cual los factores cognitivo-perceptuales pueden influir en la participación en conductas promotoras de salud (21). Estos componentes brindan buenas fuentes de contenido y estrategias de intervención.

Yaguachi (22), en Ecuador, en el año 2021, en su estudio cuyo objetivo fue hallar la relación entre los estilos de vida y el riesgo cardiovascular en trabajadores de un hospital. La metodología fue cuantitativa, diseño correlacional. Fueron 130 trabajadores los participantes. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario FANTASTICO y el score de Framingham. Los resultados mostraron que, el 50% tuvo consumo de alimentos y alcohol, el 27% tenía IMC normal. Además, se encontraron niveles bajos de riesgo cardiovascular. Hubo una asociación entre los hábitos tóxicos del estilo de vida y el RCV ($p < 0,001$).

Revueltas y colaboradores (23), en 2020, en Cuba, en su estudio cuyo objetivo fue estimar el riesgo cardiovascular en una población. La metodología fue cuantitativa, diseño no experimental y transversal. fueron 85 los participantes, se utilizaron dos tablas predictivas de la OMS. Los resultados mostraron que, el 50% de la muestra tuvo colesterol elevado, y el 25% tuvo riesgo cardiovascular alto y muy alto.

Álvarez y colaboradores (24), en Colombia, en el 2017, en su estudio cuyo objetivo fue evaluar el riesgo cardiovascular en una población. La metodología fue cuantitativa, diseño no experimental y transversal. Fueron 374 los participantes, se utilizaron tablas predictivas del riesgo cardiovascular. El 76% tuvieron, el 20% DM 2 y el 9,36% fuma. El riesgo cardiovascular calculado con la escala de Framingham es el 11% y con Framingham Colombia es el 8%.

Becerra y colaboradores, en Lima, en 2021, en su estudio cuyo objetivo fue evaluar el riesgo cardiovascular en choferes de transporte público. La metodología fue cuantitativa, diseño no experimental y transversal. Fueron 69 los participantes, el instrumento fue la calculadora de la OMS. Los resultados evidenciaron que, predominó el riesgo moderado con 37,7%, seguido del riesgo bajo en un 30,4%, alto con 20,3%, muy alto en un 8,7% (n=6) y crítico con 2,9% (n=2).

Barrientos (25), en Lima, en 2019, en su estudio cuyo objetivo fue establecer la relación entre el riesgo cardiovascular y la actividad física en choferes. La metodología fue cuantitativa, diseño no experimental y transversal-correlacional. Fueron 103 los participantes, los instrumentos fueron la calculadora de la OMS y IPAQ. El riesgo cardiovascular fue bajo en el 62%, moderado en el 31% y 7% alto. La actividad física fue baja en el 71%. Hubo asociación significativa en entre las variables ($p < 0,05$).

Palomino (26), en Lima, en el 2019, en su estudio cuyo objetivo fue evaluar la relación entre el riesgo cardiovascular y riesgo de diabetes en individuos que acuden a un establecimiento de salud. La metodología fue cuantitativa, diseño no experimental y transversal-correlacional. Fueron 150 los participantes, los

instrumentos fueron el test de FINDRISC y la calculadora de la OMS. En cuanto al riesgo de DM 2, se halló el nivel ligeramente elevado (40%). El riesgo cardiovascular fue bajo en el 79%, seguido de moderado 16%. Hubo asociación significativa en entre las variables ($p < 0,05$).

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Es bien sabido que los factores de riesgo modificables (conductuales) (p. ej., estilo de vida sedentario, baja eficiencia del sueño) están asociados con un mayor riesgo de mortalidad y progresión de la enfermedad. Por lo tanto, la implementación de un estilo de vida eficaz más las intervenciones dentro de esta población podrían contribuir a mejores resultados de salud y así mismo reducir tanto la carga económica como atención médica de las enfermedades cardiovasculares. Para alcanzar este objetivo, se debe tener evidencia científica sólida sobre los niveles de riesgo cardiovascular.

En ese sentido, la importancia de la investigación es generar evidencia sobre los niveles de riesgo cardiovascular que sirvan de insumo para generar programas de intervención integral en la disminución de los riesgos cardiovasculares, los cuales general un alto costo en su atención al sistema sanitario del Perú.

En cuanto a la justificación teórica, el estudio utilizará teorías de enfermería para explicar el comportamiento de las variables. Además, existen escasos estudios en el contexto nacional, siendo un aporte importante en el estado del arte respecto a la variable. A nivel práctico, los resultados servirán de insumo importante para establecer intervenciones costo efectivas en la población de estudio. Además, los profesionales de enfermería conocerán una herramienta valiosa para su uso en la población general. A nivel metodológico, se utilizará un instrumento ampliamente utilizado en el contexto nacional e internacional, para el tamizaje de enfermedades cardiovasculares.

Es estudio tiene relevancia social, debido al elevado costo socioeconómico de las enfermedades cardiovasculares en la sociedad, en ese sentido, resulta relevante

implementar medidas preventivas como la evaluación del riesgo cardiovascular a fin de garantizar intervenciones costo efectivas y evitar complicaciones futuras.

Finalmente, el objetivo es determinar el riesgo cardiovascular en pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El Agustino, Lima 2022.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque fue cuantitativo, porque se utilizó la estadística para establecer los niveles de la variable. El diseño de investigación fue no experimental, debido a que se observará la variable en su contexto natural sin intervenciones por el investigador. Además, fue transversal porque se recolectaron los datos en un lapso establecido. Finalmente, fue correlacional porque se busca establecer la relación entre ambas variables (27).

2.2 POBLACION

La población estuvo conformada por los pacientes atendido en los consultorios externo de un centro materno infantil en el Agustino, ubicado en Lima, durante el mes de marzo del año 2022. Según la oficina de estadística, mensualmente son atendidos en establecimiento de salud, 112 pacientes de 40 a 65 años, siendo la población estimada.

Criterios de inclusión

Pacientes que firmen el consentimiento informado

Pacientes que tiene de 40 a 65 años

Pacientes que cuenten con resultados de colesterol total con no más de 3 meses de antigüedad.

Criterios de exclusión

Pacientes que viven fuera de la jurisdicción del establecimiento

Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (HTA, DM 2)

Basado en la población estimada, que son en total 112 pacientes, se procederá al cálculo de la muestra. Si la población es finita; entonces sabemos el total de la población, y queremos conocer cuánto es lo que tendremos que estudiar. El

planteamiento sería:

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

Donde:

-) N: Número de pacientes que conforman la población.
-) n: Número de pacientes que conforman la muestra.
-) Z²: Nivel de confiabilidad. 1.96
-) p: Probabilidad a favor 0.5
-) q: Probabilidad en contra 0.5
-) e: Error de estimación 0.05

En este estudio, dichas variables de la ecuación tomaron los siguientes valores: Población (N) de 220 sujetos, nivel de confianza del 95% (Z²= 1.96), al no conocer la probabilidad de exposición entre los casos se tomó el valor de 50%=0.5, además se considerará un error estimado del 5%=0.05 (28).

$$n = \frac{1.9^2 (220) (0.5)(0.5)}{0.05^2(220-1) + 1.9^2(0.5)(0.5)} = 7$$

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

2.4 TÉCNICA DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La técnica fue la encuesta, la cual permite utilizar procedimientos estándar para la aplicación de instrumentos (29).

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

- Nombre: calculadora de riesgo cardiovascular
- Autor: Organización Mundial de la Salud para los países de América Latina (30).
- Objetivo: estima la posible incidencia a 10 años de un infarto de miocardio, ACV o muerte cardiovascular.

- Administrado a: personas de 40 a 75 años.
- Tiempo de administración: 15 a 20 minutos
- Dimensiones: demográfico, clínico y Laboratorio.
- Ítems: 6 ítems
- Validez y confiabilidad: Es empleada en los diversos programas de control de daños no transmisibles de los establecimientos de salud a nivel nacional. Además, dicha calculadora es recomendada en la Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hipertensiva – MINSA (31).
- **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:** La OPS enfatiza que la calculadora de RCV posee algoritmos que poseen validez de criterio al compararlos con otras fórmulas para calcular RCV, por lo tanto, la estimación del riesgo es coherente y nos da una certeza al en todos los casos sometidos a prueba (32).

2.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para la ejecución del trabajo de campo de este estudio se realizó la coordinación previa de los permisos a través de la jefatura de Centro Materno Infantil. Se hizo el envío de una carta de presentación parte de la Universidad María Auxiliadora en donde se solicitó el permiso para la aplicación de las encuestas dentro de las instalaciones del centro de salud

2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

La aplicación de los instrumentos se realizó según cronograma establecido, se acudió al establecimiento de salud durante el mes de marzo del año 2022, los días lunes a viernes en horario de 8am a 2pm para encuestar a los pacientes. La duración de la aplicación fue aproximadamente 20 minutos.

2.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En este estudio, se realizó un control de la data antes de proceder a los análisis estadísticos. La data, una vez verificada, FUE codificada e incorporada en una matriz en Microsoft Excel. Después la matriz FUE exportada al programa estadístico SPSS para la aplicación del análisis descriptiva con la finalidad de obtener las frecuencias totales y relativas, así como también las medidas de tendencia central. Los resultados fueron presentados en tablas y/o figuras.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

El principio de autonomía, a través del cual firmaron el consentimiento informado. Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberación sobre metas personales y de actuar bajo la dirección de tal deliberación.

El principio de beneficencia, buscando el máximo beneficio a los participantes del estudio. Un ensayo debe iniciarse y continuarse sólo si los beneficios anticipados justifican los riesgos.

El principio de no maleficencia, el estudio no provocó ningún tipo de daño. Además, no va a exponer a ninguna forma de riesgo a los pacientes.

El principio de justicia, se trató a todos los participantes por igual. La investigación no debe involucrar indebidamente a personas de grupos que probablemente no estén entre los beneficiarios de solicitudes posteriores de la investigación (33).

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El Agustino, Lima 2022 (N=72)

	Total	
	N	%
	72	100
Estado civil		
Soltero	4	6,4
Casado	23	31,9
Conviviente	38	52,7
Viudo	7	9,0
Grado de instrucción		
Sin instrucción	3	5,0
Primaria	7	9,0
Secundaria	36	50,0
Técnico	14	19,4
Superior	12	16,6
Empleo		
Sin empleo	2	3,1
Eventual	27	37,4
Independiente	21	29,1
Dependiente	22	30,4

En la tabla 1, se observa que, en cuanto al estado civil, 38 pacientes que representan el 52,7% son convivientes, 23 pacientes que representan el 31,9% son casados, 7 pacientes que representan el 9% son viudos y 4 pacientes que representan el 6,4% son

solteros. En cuanto al grado de instrucción, 36 pacientes que representan el 50% tienen secundaria, 14 pacientes que representan el 19,4% tienen técnico, 12 pacientes que representan el 16,6% tienen estudios superiores, 7 pacientes que representan el 9% tienen primaria y 3 pacientes que representan el 5% no tienen instrucción. En cuanto al empleo, 27 pacientes que representan el 37,4% tienen trabajo eventual, 22 pacientes que representan el 30,4% tienen trabajo dependiente, 21 pacientes que representan el 29,1% tienen trabajo independiente.

Tabla 2. Indicadores de la calculadora de riesgo cardiovascular en pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El Agustino, Lima 2022

Indicadores	N	%
	72	100
Género		
Masculino	42	58,3
Femenino	30	41,7
Edad		
40 a 45 años	23	31,9
46 a 50 años	17	23,6
51 a 55 años	14	19,4
56 a 60 años	15	20,8
61 a 65 años	3	4,3
Colesterol total		
Normal (hasta 200mg/dl)	49	68,0
Elevado (mayor a 200mg/dl)	23	32,0
Presión arterial sistólica		
Máxima normal (hasta 120mmHg)	52	72,2
Elevada (121mmHg a más)	20	27,8
Consumo de tabaco		
Si	18	25,0
No	54	75,0
Diabetes mellitus		
Si	16	22,2
No	56	77,8

En la tabla 2, en cuanto al género, 42 pacientes que representan el 58,3% son del sexo masculino, y 30 pacientes que representan el 41,7% son del sexo femenino. En cuanto a la edad, 23 pacientes que representan el 31,9% tienen entre 40 a 45 años, 17 pacientes que representan el 23,6% tienen entre 46 a 50 años. En cuanto al colesterol total, 49 pacientes que representan el 68% tienen colesterol normal, y 23 pacientes que representan el 32% tienen elevado. En cuanto a la presión sistólica, 52 pacientes que representan el 72,2% tienen presión normal y 20 pacientes que representan el 27,8% tienen presión arterial sistólica elevada. En cuanto al consumo de tabaco, 54 pacientes que representan el 75% no consumen y 18 pacientes que representan el 25% sí. En cuanto al diagnóstico de diabetes mellitus, 16 pacientes que representan el 22,2% si lo tienen, y 56 pacientes que representan el 77,8% no.

Tabla 3. Riesgo cardiovascular en pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El Agustino, Lima 2022

Valores finales	N	%
	72	100
Riesgo bajo (<10%)	26	36,1
Riesgo moderado (10 a <20%)	22	30,5
Riesgo alto (20 a <30%)	17	23,6
Riesgo muy alto (> ó = a 30%)	7	9,8

En la tabla 3, 26 pacientes que representan el 36,1% tienen riesgo bajo, 22 pacientes que representan el 30,5% tienen riesgo moderado, 17 pacientes que representan el 23,6% tienen riesgo alto y 7 pacientes que representan el 9,8% tienen riesgo muy alto.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

Los principales resultados de la investigación mostraron que, la mayoría de pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El Agustino, fue bajo, seguido de moderado, alto y muy alto. Los profesionales en el sector de la salud están familiarizados con el concepto de riesgo. Esto es especialmente cierto en el área de las enfermedades cardiovasculares, donde las 'puntuaciones' de riesgo están ampliamente establecidas y los factores de riesgo como la presión arterial (PA) se cuantifican fácilmente. Claramente, el riesgo es un concepto complejo, que requiere una interpretación cuidadosa y una buena comunicación para facilitar la toma de decisiones terapéuticas adecuadas.

Al respecto, Yaguachi (22), en Ecuador, en el año 2021, en su estudio cuyo objetivo fue hallar la relación entre los estilos de vida y el riesgo cardiovascular en trabajadores de un hospital. Los resultados mostraron que, el 50% tuvo consumo de alimentos no saludables y alcohol, el 27% tenía IMC normal. Además, se encontraron niveles bajos de riesgo cardiovascular. Hubo una asociación entre los hábitos tóxicos del estilo de vida y el RCV ($p < 0,001$). Dichos resultados coinciden con los hallazgos del estudio. Al igual que, Barrientos (25), en Lima, en 2019, en su estudio cuyo objetivo fue establecer la relación entre el riesgo cardiovascular y la actividad física en choferes. El riesgo cardiovascular fue bajo en el 62%, moderado en el 31% y 7% alto. Sin embargo, Revueltas y colaboradores (23), en 2020, en Cuba, en su estudio cuyo objetivo fue estimar el riesgo cardiovascular en una población. La metodología fue cuantitativa, diseño no experimental y transversal. Fueron 85 los participantes, se utilizaron dos tablas predictivas de la OMS. Los resultados mostraron que, el 50% de la muestra tuvo colesterol elevado, y el 25% tuvo riesgo cardiovascular alto y muy alto.

En cuanto a la dimensión demográfica, la mayoría de pacientes son del sexo masculino y tienen edades entre los 40 a 45 años. La edad, el sexo, los antecedentes familiares y el origen étnico son factores clave de riesgo cardiovascular. Aunque no son susceptibles de intervención terapéutica directa, siguen siendo importantes para estratificar el riesgo. También tienen implicaciones para la eficacia y la adherencia a la medicación. La hipoestrogenemia en las mujeres es un factor de riesgo, aunque la edad puede predominar después de la menopausia. También hay diferencias de género en la prevalencia, y la fuerza del efecto de otros factores de riesgo. El género también puede tener implicaciones en términos del manejo de los factores de riesgo, con evidencia contradictoria sobre la eficacia de las estatinas en mujeres y diferencias en la adherencia a los antihipertensivos (34).

En cuanto a la dimensión clínica, la mayoría de pacientes tienen una presión arterial normal, no consumen tabaco y no son diabéticos. Existe una gran cantidad de evidencia de que la PA sistólica y diastólica se asocian fuerte y positivamente con la enfermedad cardiovascular. La terapia antihipertensiva tiene claros beneficios. Aunque la eficacia puede diferir entre los agentes farmacológicos, el mayor efecto sobre la reducción de eventos se relaciona con el grado de disminución de la PA. La variación de la PA dentro de un individuo requiere mediciones repetidas para mejorar el diagnóstico. La variabilidad también puede tener relevancia pronóstica, aunque no se presta fácilmente a una intervención terapéutica (35).

La diabetes mellitus es un problema creciente. Los pacientes se consideran de alto riesgo independientemente de otros factores. Es progresiva y el aumento de los niveles de glucemia se correlaciona positivamente con las complicaciones vasculares. De hecho, existe evidencia de que incluso la intolerancia a la glucosa conlleva un mayor riesgo. Las tasas de complicaciones pueden variar entre sexos y con la heterogeneidad genética. Hay numerosos tratamientos disponibles, y el tratamiento generalmente reduce las complicaciones tanto microvasculares como macrovasculares (menos las últimas en la diabetes tipo 2).

Las características de comportamiento también son importantes. Fumar es un ejemplo, que demuestra un efecto de la dosis y una interacción indeseable con otros factores de riesgo (p. ej., lípidos, diabetes). Además de los enfoques psicológicos, hay varios medicamentos antitabaco disponibles. La prescripción de estos medicamentos en el Reino Unido generalmente es independiente del riesgo cardiovascular general, aunque hay evidencia de que ciertas personas son más susceptibles a las lesiones del ADN relacionadas con el tabaquismo (36). Álvarez y colaboradores (24), en Colombia, en el 2017, en su estudio cuyo objetivo fue evaluar el riesgo cardiovascular en una población. Los hallazgos mostraron que, el 20% tuvo diabetes mellitus 2 y el 9,36% fuma. El riesgo cardiovascular calculado con la escala de Framingham es el 11%. Dichos resultados son similares.

En cuanto a la dimensión laboratorial, la mayoría de pacientes tienen un valor de colesterol normal. Las anomalías en el colesterol y los triglicéridos constituyen casi la mitad del riesgo atribuible a la población. Las estatinas siguen siendo el principal tratamiento farmacológico para reducir el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C), aunque los pacientes tratados tienen un riesgo residual considerable. La atención se ha centrado particularmente en la tríada de triglicéridos altos, LDL-C alto y colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) bajo, que está fuertemente asociado con la diabetes tipo 2 y el síndrome metabólico (37). Al respecto, Revueltas y colaboradores (23), en 2020, en Cuba, en su estudio cuyo objetivo fue estimar el riesgo cardiovascular en una población. Los resultados mostraron que, el 50% de la muestra tuvo colesterol elevado, y el 25% tuvo riesgo cardiovascular alto y muy alto. Dichos resultados no coinciden con los hallazgos del estudio.

En cuanto a las limitaciones, este estudio no está exento. La evaluación y las variables de este estudio se basaron en el autoinforme; por lo tanto, la clasificación errónea es una posibilidad debido al sesgo de recuerdo. Por último, es importante que el riesgo se comunique de manera precisa e imparcial a pacientes, médicos y gestores de salud, para

garantizar que las decisiones, directrices y estrategias terapéuticas se tomen con la información adecuada.

4.2 CONCLUSIONES

-) El riesgo cardiovascular en la mayoría de pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El Agustino, fue bajo, seguido de moderado, alto y muy alto.
-) En cuanto a la dimensión demográfica la mayoría de pacientes fueron del sexo masculino y tuvieron edades entre 40 a 45 años.
-) En cuanto a la dimensión clínica, la mayoría de pacientes no tuvieron presión arterial elevada, no fumaban, no tuvieron diabetes
-) En cuanto a la dimensión laboratorial, la mayoría de pacientes tuvo colesterol total normal.

4.3 RECOMENDACIONES

Al establecimiento de salud, debe garantizar la logística necesaria para poder realizar una valoración del riesgo cardiovascular de los pacientes. Al respecto, debe contar con los insumos laboratoriales (perfil lipídico) y equipamiento (tensiómetros) en forma oportuna.

Se recomienda a los profesionales de enfermería, implementar estrategias de intervención poblacionales para evaluación del riesgo cardiovascular, puesto que es una medida que resulta costo efectivo. Además, los enfermeros deben fortalecer su rol frente al paciente, el cual es apoyar, escuchar, alentar, aconsejar y orientar sobre los factores de riesgo modificables. Las enfermeras deben reforzar la importancia de adoptar un estilo de vida saludable, incluso si todos los resultados de las pruebas de detección son negativos y de bajo riesgo.

Futuras investigaciones deben ir encaminadas a evaluar la efectividad de las intervenciones sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables, a fin de implementarlas en los establecimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hinton W, Mcgovern A, Coyle R, Han TS, Sharma P, Correa A, et al. Incidence and prevalence of cardiovascular disease in English primary care : a cross-sectional and follow-up study of the Royal College of General Practitioners (RCGP) Research and Surveillance Centre (RSC). *BMJ Open* [Internet]. 2018 [acceso 7 de febrero de 2022];8:1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30127048/>
2. Kaptoge S, Pennells L, De Bacquer D, Cooney MT, Kavousi M, Stevens G, et al. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2019 [acceso 8 de febrero de 2022];7(10):e1332-45. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(19\)30318-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(19)30318-3.pdf)
3. Zhang Y, Cong H, Man C, Su Y, Sun H, Yang H, et al. Risk factors for cardiovascular disease from a population-based screening study in Tianjin, China: a cohort study of 36,215 residents. *Ann Transl Med* [Internet]. 2020 [acceso 9 de febrero de 2022];8(7):444-444. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7210118/pdf/atm-08-07-444.pdf>
4. Alhabib KF, Batais MA, Almigbal TH, Alshamiri MQ, Altaradi H, Rangarajan S, et al. Demographic, behavioral, and cardiovascular disease risk factors in the Saudi population: Results from the Prospective Urban Rural Epidemiology study (PURE-Saudi). *BMC Public Health* [Internet]. 2020 [acceso 10 de febrero de 2022];20(1):1-14. Disponible en: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-020-09298-w.pdf>
5. Hanif AAM, Hasan M, Khan SA, Hossain M, Shamim AA, Hossaine M, et al.

- Ten-years cardiovascular risk among Bangladeshi population using non-laboratorybased risk chart of the World Health Organization: Findings from a nationally representative survey. *PLoS One* [Internet]. 2021 [acceso 11 de febrero de 2022];16(5 May):1-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0251967>
6. Ruilope LM, Chagas ACP, Brandão AA, Gómez-Berroterán R, Alcalá JJA, Paris J V., et al. Hypertension in Latin America: Current perspectives on trends and characteristics. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2017[acceso 13 de febrero de 2022];34(1):50-6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/311860050_Hypertension_in_Latin_America_Current_perspectives_on_trends_and_characteristics/link/59dcf7750f7e9b11b6234c1e/download
 7. Barrera L. High blood pressure prevention and control: From evidence to action. *Colomb Med* [Internet]. 2018 [acceso 5 de febrero de 2022];49(2):137-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6084923/pdf/1657-9534-cm-49-02-00137.pdf>
 8. Vargas CE, Ortega SJ, Leandro K, Alfonso ML, Sandoval C. Riesgo cardiovascular en la población de 18 a 60 años en la ciudad de Tunja, Colombia. *Rev Investig Desarro e Innovación* [Internet]. 2016 [acceso 5 de febrero de 2022];6(2):169-77. Disponible en: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/investigacion_duitama/article/view/4604/3825
 9. Pinheiro PC, Teixeira RA, Machado IE. Original Article Cardiovascular Risk Estimates in Ten Years in the Brazilian Population , a Population-Based Study. *Arq Bras Cardiol* 2021; [Internet]. 2020 [acceso 5 de febrero de 2022];116(3):423-31. Disponible en: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/1678-4170-abc-116-03-0423/1678-4170-abc-116-03-0423-en.x44344.pdf
 10. Moreira NC do V, Mdala I, Hussain A, Bhowmik B, Siddiquee T, Fernandes

- VO, et al. Cardiovascular Risk, Obesity, and Sociodemographic Indicators in a Brazilian Population. *Front Public Heal* [Internet]. 2021 [acceso 5 de febrero de 2022];9(November). Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.725009/full>
11. Barboza E. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. *Rev Cuid* [Internet]. 2020 [acceso 18 de febrero de 2022];11(2):1-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1066%0ARev>
 12. Fernández Coronado RO, Heredia Ñahui MA, Olortegui Yzu AR, Palomino Vilchez RY, Gordillo Monge MX, Soca Meza RE, et al. Reducción del riesgo cardiovascular en trabajadores de un instituto de salud especializado mediante un programa de prevención cardiovascular. *An la Fac Med* [Internet]. 2020 [acceso 22 de febrero de 2022];81(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000100014
 13. Abbs ES, Viñoles J, Alarcón JO, Johnson HM, Zunt JR. High prevalence of cardiovascular risk factors in Peruvian adolescents living in a peri-urban shantytown: a cross-sectional study. *J Health Popul Nutr* [Internet]. 2017 [acceso 5 de febrero de 2022];36(1):19. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5440987/pdf/41043_2017_Article_93.pdf
 14. Policyliner P, Carabayllo IN. Riesgo cardiovascular en adultos que acuden a la consulta médica en un policlínico privado en carabayllo. *Cuid y Salud Pública* [Internet]. 2021 [acceso 5 de febrero de 2022];1(1):18-23. Disponible en: <http://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/11/4>
 15. Laura J. Determinación del riesgo cardiovascular de pacientes hospitalizados del servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza en el periodo 2016 [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional San Agustín; 2016

- [Internet]. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3472/MDIaroja.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Echemendía Tocabens B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Definitions on the risk and its implications. Rev Cuba Hig y Epidemiol [Internet]. 2011 [acceso 5 de febrero de 2022];49(3):470-81. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie14311.pdf>
 17. Fleita Zaragoza J, Moreno Aznar L, Paola Delgado Peña Y, Bueno Lozano M, Luis Olivares López J. Concepto, clasificación y métodos de valoración del riesgo cardiovascular. Su importancia en pediatría. Bol Pediatr Arag Rioj Sor [Internet]. 2008 [acceso 22 de febrero de 2022];3838(1):17-24. Disponible en: <http://spars.es/wp-content/uploads/2017/02/Vol38-n1-4.pdf>
 18. Lobos Bejarano JM, Brotons Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Aten Primaria [Internet]. 2011 [acceso 5 de febrero de 2022];43(12):668-77. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-cardiovascular-atencion-primaria-S0212656711004689>
 19. Lloyd-Jones DM. Cardiovascular risk prediction: Basic concepts, current status, and future directions. Circulation [Internet]. 2010 [acceso 27 de febrero de 2022];121(15):1768-77. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.849166>
 20. Tafani R, Chiesa G, Caminati R, Gaspio N. Factores de riesgo y determinantes de la salud. Rev Salud Pública [Internet]. 2013 [acceso 5 de febrero de 2022];17(3):53-68. Disponible en: revistas.unc.edu.ar
 21. Aristizabal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria [revista en Internet] 2019 [acceso 10 de abril de 2021]; 8(4):16-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-

70632011000400003

22. Yaguachi R. Estilo de vida y riesgo cardiovascular en trabajadores del Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo-Los Ríos-Ecuador. [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16604/Yaguachi_ar.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Revueltas M, Valdéz Y, Serra S, Suárez R, Ramírez J. Estimación del riesgo cardiovascular en una población, según dos tablas predictivas. Rev Arch Médico Camagüey [Internet]. 2020 [acceso 5 de febrero de 2022];24(5):688-700. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Álvarez J, Álvarez A, Carvajal W, Gonzáles M, Duque J, Nieto O. Determinación del riesgo cardiovascular en una población. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2017 [acceso 5 de febrero de 2022];24(4):334-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v24n4/0120-5633-rcca-24-04-00334.pdf>
25. Barrientos J. Relación del riesgo cardiovascular con el nivel de actividad física en choferes de 40 a 65 años procedentes de una empresa de transporte público de Lima Este, 2019 [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2019. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3041>
26. Palomino T. Riesgo de Diabetes Tipo 2 y cardiovascular en personas que acuden al área de triaje del Centro de salud Breña, Lima-2019. [Internet]. 2019. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3106>
27. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta edición. México: Mc Graw Hill; 2014.
28. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Redalyc [revista en internet] 2005 [acceso 20 de marzo de 2020]; 11(2): 333-

338. Salud en Tabasco. 2005;2-7.
29. Casas J, Labrador R, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). Rev Atención Primaria [revista en Internet] 2003 [acceso 8 de agosto de 2021]; 31(9): 592-600. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>
 30. Organización Panamericana de la Salud. Calculadora de riesgo cardiovascular de la OPS [sede Web]. Washington-Estados Unidos: OPS; 2020 [acceso 14 de enero de 2022]. 2007;1-3. Disponible en: <https://www.paho.org/cardioapp/web/>
 31. MINISTERIO DE SALUD. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Vol. 5, Minsa. 2011. p. 1-8. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2826.pdf><https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/298><http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf><http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.005><http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12>
 32. Organización Panamericana de la Salud. Calculadora de riesgo cardiovascular de la OPS [sede Web]. Washington-Estados Unidos: OPS; 2020 [acceso 5 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/cardioapp/web/>
 33. Koepsell D, Ruiz M. Ética de la investigación - Integridad Científica. Mexico: Comisión Nacional de Bioética;2015. Disponible en: <http://www.cooperacionib.org/libro-etica-de-la-Investigacion-gratuito.pdf>
 34. Payne RA. Cardiovascular risk. Br J Clin Pharmacol [Internet]. 2012 [acceso 5 de enero de 2022].;74(3):396-410. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477342/pdf/bcp0074-0396.pdf>
 35. Tran DMT, Lekhak N, Gutierrez K, Moonie S. Risk factors associated with cardiovascular disease among adult Nevadans. PLoS One [Internet]. 2021

[acceso 5 de febrero de 2022].;16:1-11. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0247105>

36. Hajar R. Risk factors for coronary artery disease: Historical perspectives. *Hear Views* [Internet]. 2017 [acceso 5 de febrero de 2022];18(3):109. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5686931/>
37. Escribano Hernández A, Vega Alonso AT, Lozano Alonso JE, Álamo Sanz R, Castrodeza Sanz JJ, Lleras Muñoz S. Dislipidemias y riesgo cardiovascular en la población adulta de Castilla y León. *Gac Sanit* [Internet]. 2010 [acceso 5 de febrero de 2022];24(4):282-7. Disponible en:
<https://scielo.isciii.es/pdf/gsv24n4/original2.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

Variables	Escala de medición	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems	Valores finales	Criterios para asignar valor
Riesgo cardiovascular	Cualitativa ordinal	Demográfica	Edad, Sexo	1(1,2)	Riesgo bajo.	<10%
		Clínica	Presión Arterial sistólica	1(4)	Riesgo moderado	10 a <20%
			Consumo de tabaco	1(3)	Riesgo alto.	20 a <30%
		Antecedente de diabetes	1(5)			
Laboratorial	Colesterol total en sangre	1(6)	Riesgo muy alto.	30%		

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO “CALCULADORA RCV”

I.- PRESENTACIÓN

Buenos días, soy estudiante de medicina, estoy realizando un estudio, cuyo objetivo es determinar el **riesgo cardiovascular en pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El Agustino, Lima 2022**. Se pide su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

II. CALCULADORA RIESGO CARDIOVASCULAR

The image shows the interface of the Cardiovascular Risk Calculator. On the left, there is a logo for the Pan American Health Organization and the World Health Organization, along with a heart icon divided into a grid of colored squares (red, orange, yellow, green). Below the heart, the text "CARDIOVASCULAR RISK CALCULATOR" is displayed. On the right, there is a form with the following fields:

- Gender: FEMALE
- Age: 40
- Smoker: NO
- Systolic blood pressure (mmHg): 120
- Diabetes: NO
- Cholesterol (mg/dl): 200

A "Calculate" button is located below the form. At the bottom of the interface, there are navigation links: "RISK CALCULATOR", "BODY MASS INDEX", "RECOMMENDATIONS", and "ALARM".

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Riesgo cardiovascular en pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El agustino, lima 2022.

Nombre del investigador principal:

MOROCCO CARHUAPOMA JACKELINE MARLENE

ALCANTARA DAGA PAOLO CESAR

Propósito del estudio: Determinar el Riesgo cardiovascular en pacientes que acuden a un centro materno infantil del distrito El agustino, lima 2022.

Beneficios por participar: tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconveniente y riesgos: ninguno, solo se les pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: la información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Participación voluntaria: su participación en este momento es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO:

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido

coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente del estudio

Anexo D. Aplicación de la calculadora de riesgo cardiovascular

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico Marlene MOROCCO CARHUAPOMA	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
937158915	
Nº de DNI	
Paolo Cesar ALCANTARA DAGA	
Nº teléfono móvil	
44292047	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
980866689	
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido	
DNI:	
Teléfono:	

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante



Riesgo CV a 10 años: 9%



Datos ingresados

País	Perú
Género	Masculino
Edad	40
Tabaquismo	Si
Presión sistólica	120 mmHg
Colesterol	240 mg/dl
Diabetes	Si